

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
PROF. DR. R. RUPPRECHT
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**PSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUR UND
KOOPERATIONSPRAXIS IN DREI AUSGEWÄHLTEN
LANDKREISEN DER OBERPFALZ**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin

vorgelegt von
Stefanie Freund

2013

Dekan:	Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
1. Berichterstatter:	PD Dr. Berthold Langguth
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Michael Koller
Tag der mündlichen Prüfung:	28.03.2014

Inhalt

1	Einleitung	10
1.1	Historische Entwicklungen	10
1.1.1	Aktion psychisch Kranke e.V.	11
1.1.2	Integrierte Versorgung	11
1.2	Epidemiologie psychischer Erkrankungen und Bedeutung für Betroffene und Gesellschaft	12
1.2.1	World Health Report 2001	12
1.2.2	Global Burden of Disease Analysis	13
1.2.3	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	15
1.2.4	Volkswirtschaftliche Kosten durch psychische Erkrankungen	16
1.3	Versorgungspolitische Grundsätze	18
1.4	Darstellung der Ist-Situation	19
1.4.1	Definition „komplementär“	19
1.4.2	Fragmentierung der Versorgung	19
1.4.3	Leistungsträger	20
1.4.4	Koordinierung der Versorgungsangebote	20
1.4.4.1	Regionale Steuerungsverbünde	20
1.4.4.2	Planungs- und Koordinierungsausschuss	21
1.4.4.3	Psychiatriekoordinatoren	21
1.5	Epidemiologische und soziodemographische Rahmendaten	22
1.5.1	Soziodemographische Daten	22
1.5.1.1	Stadt Regensburg	22
1.5.1.2	Landkreis Regensburg	23
1.5.1.3	Landkreis Schwandorf	24
1.5.1.4	Landkreis Cham	24
1.5.2	Epidemiologische Daten – zu erwartende Fallzahlen	25
1.6	Fragestellung	26
2	Methode	27
2.1	Erhebung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten	27
2.2	Bestandaufnahme der psychiatrischen Leistungserbringer in der Indexregion für den komplementären Sektor	27
2.2.1	Erläuterungen zur Vorgehensweise	27

2.2.2	Entwicklung der Fragebögen	27
2.2.2.1	European Service Mapping Schedule-b (ESMS-b)	27
2.2.3	Erstellen der Einrichtungslisten und Auswahl der Adressaten	29
2.2.4	Rücklaufquote	30
2.2.5	Auswertung	30
2.3	Analyse des Kooperationsverhaltens	31
2.3.1	Erhebung des Kooperationsverhaltens der komplementären Einrichtungen	31
2.3.2	Qualitative Analyse des Kooperationsverhaltens	32
2.3.2.1	Workshops bei der Fachtagung der Bayerischen Institutsambulanzen 2011 ...	33
2.3.2.2	Fokusgruppen im Rahmen des Bundesärztekammerprojektes	33
3	Ergebnisse	34
3.1	Darstellung der Versorgungslandschaft	34
3.1.1	Sektor stationäre und teilstationäre Versorgung, einschließlich Rehabilitationskliniken	34
3.1.1.1	Stadt Regensburg (R-Stadt) und Landkreis Regensburg (LK-R)	34
3.1.1.2	Landkreis Schwandorf (LK-SAD)	35
3.1.1.3	Landkreis Cham (LK-CHA)	35
3.1.2	Sektor ambulante psychiatrische Versorgung nach SGB V	35
3.1.3	Sektor komplementär psychiatrische Versorgung	36
3.1.3.1	Stadt und Landkreis Regensburg	36
3.1.3.1.1	Beratungsangebote	37
3.1.3.1.2	Arbeitsangebote	39
3.1.3.1.3	Wohnangebote	42
3.1.3.1.4	Tagesstätten	44
3.1.3.2	Landkreis Schwandorf	45
3.1.3.2.1	Beratungsangebote	45
3.1.3.2.2	Arbeitsangebote	47
3.1.3.2.3	Wohnangebote	49
3.1.3.2.4	Tagesstätten	50
3.1.3.3	Landkreis Cham	51
3.1.3.3.1	Beratungsangebote	51
3.1.3.3.2	Arbeitsangebote	54
3.1.3.3.3	Wohnangebote	55
3.1.3.3.4	Tagesstätten	58
3.1.3.4	Zusammenfassende Beschreibung der Einrichtungen in der betrachteten Versorgungsregion	59

3.1.3.4.1	Platzzahlen	60
3.1.3.4.2	Übersicht über alle Leistungserbringer in der Indexregion	61
3.1.3.4.3	Auslastung und Wartezeit	62
3.1.3.4.4	Klientel	62
3.2	Kooperationsanalyse	64
3.2.1	Auswertung der regionalen Kooperationspraxis nach Fragebogenergebnissen	64
3.2.1.1	Kooperationsverhalten beeinflussende Faktoren	64
3.2.1.2	Kooperationshäufigkeit der komplementären Einrichtungen	65
3.2.1.3	Mitarbeit in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften	66
3.2.1.4	Institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit	67
3.2.2	Ergebnisse der qualitativen Kooperationsanalyse	67
3.2.2.1	Workshops bei der Fachtagung der Bayerischen Institutsambulanzen	67
3.2.2.2	Fokusgruppen der Förderinitiative der Bundesärztekammer	67
4	Diskussion	71
4.1	Diskussion des methodischen Vorgehens	71
4.2	Diskussion der Ergebnisse	74
4.2.1	Stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot	76
4.2.2	Die Versorgung im ambulanten Bereich nach SGB V	77
4.2.3	Die Versorgung im komplementären Bereich	80
4.2.3.1	Beratungseinrichtungen	80
4.2.3.1.1	Stadt- und Landkreis Regensburg	80
4.2.3.1.2	Landkreis Schwandorf	83
4.2.3.1.3	Landkreis Cham	85
4.2.3.2	Wohnangebote	86
4.2.3.2.1	Stadt und Landkreis Regensburg	86
4.2.3.2.2	Landkreis Schwandorf	89
4.2.3.2.3	Landkreis Cham	89
4.2.3.2.4	Zusammenfassung des Angebotes im Bereich der Wohnhilfen	90
4.2.3.3	Arbeitsangebote	90
4.2.3.3.1	Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbMs) und Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung (WfpbMs)	90
4.2.3.3.2	Integrationsfirmen	92
4.2.3.3.3	Zuverdienst	92
4.2.3.3.4	Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation	93
4.2.3.3.5	Zusammenfassung des Angebotes im Bereich Hilfen zur Arbeit	95

4.2.3.4	Tagesstrukturierende Angebote	96
4.2.3.4.1	Stadt und Landkreis Regensburg	96
4.2.3.4.2	Landkreise Schwandorf und Cham	97
4.2.3.5	Zusammenfassende Überlegungen	98
4.2.4	Kooperationspraxis	98
4.3	Schlussfolgerungen	102
5	Anhang	106
5.1	Literatur- und Quellenverzeichnis	106
5.2	Tabellenverzeichnis	111
5.3	Abbildungsverzeichnis	112
5.4	Exemplarischer Fragebogen für die Bestandsaufnahme und Bedarfsbemessung der komplementären Versorgung psychisch kranker Menschen in der Oberpfalz	113
5.5	Danksagung	124

Psychiatrische Versorgungsstruktur und Kooperationspraxis in drei ausgewählten Landkreisen der Oberpfalz

1 Einleitung

In weiten Teilen Europas und über die europäischen Grenzen hinaus ließ sich in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel in der Versorgung psychisch Kranker beobachten, der auf vielfältige gesellschaftliche Einflüsse zurückzuführen ist. Der Beginn des Wandels von einer institutionsorientierten Behandlung zu einer personenzentrierten, gemeindenahen Versorgung setzte in Deutschland vergleichsweise verspätet ein. Er lässt sich trotz bereits weiter zurückliegender Bestrebungen vorrangig am „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, der sogenannten „Psychiatrie-Enquête“ von 1975 als dem großen Meilenstein dieser Entwicklung festmachen.

Auf Grundlage der Forderungen der Enquête wurden in Deutschland grundlegende Reformen eingeleitet, welche durch die Empfehlungen der Expertenkommission (BMJFFG, 1988) evaluiert und weiter differenziert wurden. Diese resultieren heute in einem breit gefächerten Versorgungsspektrum, welches einem von multiplen Einflussfaktoren abhängigen dynamischen Prozess unterliegt.

Die Aufgaben der Versorgungsforschung bestehen darin, diese Entwicklungen und die bestehenden Rahmenbedingungen zu erfassen, zur Erarbeitung adäquater Versorgungskonzepte beizutragen und die Umsetzung neuer Konzepte zu evaluieren.

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, muss eine möglichst differenzierte Bestandaufnahme der bestehenden Versorgungsstruktur als Grundlage herangezogen werden.

In der vorliegenden Arbeit soll mit Hilfe einer Fragebogenstudie eine detaillierte Darstellung der komplementären Versorgungseinrichtungen der Oberpfälzer Landkreise Regensburg, Cham und Schwandorf für die Altersgruppe von 18 bis 64 Jahre vorgenommen werden. Weiter soll die administrativ erhobene Anzahl der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, sowie die Versorgungssituation im stationär-psychiatrischen Bereich miteinbezogen werden, um ein umfassenderes Bild der psychiatrischen Versorgungslandschaft für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie in der Indexregion aufzuzeigen.

1.1 Historische und aktuelle Entwicklungen

Psychische Erkrankungen wurden bereits in der Literatur der griechisch-römischen Antike beschrieben. Sie wurden zum damaligen Zeitpunkt nach der Lehre des Hippokrates als Folgen des Ungleichgewichts der Körpersäfte verstanden, und mit diätischen Therapien, Massagen, Aderlassen und ähnlichem behandelt.

Aus dem Mittelalter und der frühen Neuzeit, bis hinein ins 18. Jahrhundert werden menschenunwürdige Methoden im Umgang mit psychisch Kranken überliefert. Diese wurden zusammen mit anderen „Randgruppen“ der Gesellschaft wie Dieben, Mördern, Landstreichern oder Prostituierten in Zuchthäuser gesperrt, oder fielen in großer Zahl der Hexenverfolgung im Rahmen der Inquisition zum Opfer (Möller et al., 2005).

Im Zuge der Aufklärung gegen Ende des 18. Jahrhunderts setzte ein Umdenken hinsichtlich psychisch kranker Menschen ein, was zu Bestrebungen der Humanisierung im Umgang mit den Betroffenen führte.

Als Meilenstein dieser Entwicklung ist die viel zitierte „Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten“ 1793 durch Philippe Pinel in Paris zu nennen, die dazu führte, dass die „Irren“ nicht mehr in Gefängnissen und Zuchthäusern, sondern in psychiatrischen Anstalten behandelt wurden (ebd.). Er propagierte das „traitement moral“, wobei die angewendeten Behandlungsmethoden (Hungerkuren, Eiswasserbehandlung, Drehstuhltherapien, Zwangsjacken etc.) nach dem heutigen Verständnis kaum als human oder moralisch vertretbar eingestuft werden können.

Erst ca. 60 Jahre später, im Rahmen der sog. „Non-restraint-Bewegung“ begannen sich in Europa auch nach den heutigen Maßstäben humanere Behandlungsstrategien durchzusetzen. Die Bewegung nahm ihren Ursprung in England und ist vor allem mit John Conolly in Verbindung zu bringen. Sie steht für den Umgang mit psychisch Kranken durch zugewandte Pflege, Beschäftigungs- und Vergnügungsangebote mit Musizieren, körperlicher Ertüchtigung und Arbeitstherapien, unter Verzicht auf physische Gewalt und mechanische Beschränkung (Conolly, 1856).

Etwa in derselben Epoche ist auch der Umdenkprozess hinsichtlich der Einordnung psychischer Störungen bzw. des „Irreseins“ als Erkrankung anzusiedeln. In ganz Europa wurden in diesem Zuge „Irrenasyle“ errichtet, in denen psychisch Kranke abseits der „normalen“ Bevölkerung untergebracht und behandelt wurden. Die Anzahl an „Irrenanstalten“ in Deutschland stieg von 1852 bis 1898 von 90 auf 142 an. Wurden 1852 noch 10.802 Kranke von 150 meist nebenamtlich tätigen Ärzten betreut, belief sich die Zahl 1898 auf 55.877 Kranke in öffentlichen Anstalten, betreut von 559 Ärzten. 1903 wurden Mediziner erstmals im Staatsexamen im Fach der Heilkunde für psychisch Kranke geprüft (Lähr, 1903). Diese Institutionalisierung und Zentralisierung der Behandlung psychisch Kranker in den großen „Irrenasylen“ brachte zugleich eine Professionalisierung der Behandlung mit sich (Becker et al, 2007), sollte jedoch während des Dritten Reiches fatale Folgen für Hunderttausende psychisch Kranker haben. Im September 1939 begann mit der Verlegung psychisch Kranker aus den Anstalten in sogenannte Sammelanstalten das schwarze Kapitel der deutschen Psychiatriegeschichte. Aus den Sammelanstalten erfolgten Verlegungen in

Tötungsanstalten, in denen nach dem „Gnadentoderlass“ durch Hitler 1939 Hunderttausende von psychisch Kranken hingerichtet wurden. Insgesamt kam es zwischen 1939 und 1941 im Rahmen organisierter Mordprogramme zur Tötung etwa 216.000 psychisch Kranker in Deutschland, europaweit belaufen sich die Zahlen auf ca. 300.000 getötete psychisch Kranke. Darüber hinaus wurden während dieses Zeitraums allein im Deutschen Reich 350.000 bis 400.000 „eugenische Zwangssterilisationen“, auf der Grundlage des „Gesetz(es) zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ durchgeführt. Die organisierte Umsetzung dieser Gräueltaten wäre ohne die „Sammlung“ der psychisch Kranken in den Großanstalten wohl ein weniger Leichtes gewesen (ebd).

Nach dem Schrecken des Nationalsozialismus wird in der Literatur zunächst ein „Verharren“ in den alten Strukturen beschrieben. Demnach sei die klassische Anstaltspsychiatrie nach 1945 zunächst nahtlos fortgesetzt worden (ebd.). Während in ganz Europa bereits ab Mitte der 50er Jahre nach und nach ein Umdenken hinsichtlich der zentralisierten und institutionalisierten Versorgung psychisch Kranker hin zu einer dezentraleren Versorgung einsetzte, begann sich dieser Paradigmenwandel in Deutschland erst in den 70er Jahren zu vollziehen.

In diesem Zeitraum wurden die trotz der inzwischen durch die Psychopharmakotherapie verbesserten Therapieoptionen weiterbestehenden katastrophalen Zustände in den psychiatrischen Anstalten vermehrt Gegenstand des öffentlichen Interesses, was nicht zuletzt auf die Aktivitäten der antipsychiatrischen Bewegung Ende der 60er Jahre zurückzuführen ist. Zu Beginn der 70er Jahre setzte sich in Deutschland eine gemäßigte Reformbewegung in Gang, deren Ziele unter anderem darin bestanden, die Versorgungsmissstände in den psychiatrischen Großkrankenhäusern zu verringern und die institutionellen Formen von Psychiatrie mit Langzeitverwahrung der Patienten zu verhindern (Kolling, 2001, Pörksen, 2001)

In der ehemaligen DDR kamen in den 60er Reformbewegungen mit ähnlichen Inhalten auf (Rodewischer Thesen, 1965). Die Umsetzung und Aufrechterhaltung der darin geforderten ambulanten, aufsuchenden und gemeindepsychiatrischen Dienste war in erster Linie aufgrund der volkswirtschaftlichen Situation limitiert (Wetzig F, 2004).

1971 beauftragte der Deutsche Bundestag eine Expertenkommission mit dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, der Psychiatrie-Enquête. Der 1975 abgeschlossene und vom Deutschen Bundestag verabschiedete Bericht gilt als das zentrale Reformdokument für die deutsche Psychiatrieversorgung. Er enthält unter anderem Empfehlungen hinsichtlich der Umstrukturierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser, der Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker sowie einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker unter Ausbau und Förderung dezentraler komplementärer Einrichtungen (Aktion Psychisch

Kranke, 2001). Im Bericht der vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit einberufenen Expertenkommission wurde 1988 zu den nach der Enquête stattgefundenen Veränderungen Stellung bezogen, die Empfehlungen der Enquête wurden weiter differenziert. Stellten die Enquête sowie der Expertenbericht 1988 noch unverbindliche Empfehlungen dar, so erließ die Bundesregierung 1992 mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erstmals eine Verordnung bindenden Charakters zur Versorgung psychisch Kranker. Das Ziel der Verordnung bestand in der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch ausreichendes und qualifiziertes Personal (Becker et al., 2007).

1.1.1 Aktion Psychisch Kranke e.V.

Eine tragende Rolle bei der Initiierung und Entwicklung der Reformprozesse spielt seit ihrer Gründung 1971 die Aktion Psychisch Kranke e.V. Die Gründung erfolgte durch Abgeordnete aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und Experten aus dem Bereich der Psychiatrie. Die Zielstellung lautete, „mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken“ (Homepage Aktion Psychisch Kranke). Der überparteilich zusammengesetzte Verein fungiert nach eigener Definition als Nahtstelle zwischen Parlament, Ministerien und psychiatrischer Fachwelt und wurde 1971 von der Bundesregierung mit der Geschäftsführung der Psychiatrie-Enquête beauftragt. Weiter oblag ihr auch die Leitung der Expertenkommission der Bundesregierung (Abschlussbericht „Empfehlungen der Expertenkommission, 1988) und weiterer Projekte mit der Zielsetzung der Optimierung der psychiatrischen Versorgung nach den Prinzipien des gemeindenahen Konzeptes.

1.1.2 Integrierte Versorgung (IV)

Bereits in den Berichten der Enquête und der Expertenkommission wurde eine Verbesserung von Kooperation und Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker Beteiligten postuliert.

Aufgrund unterschiedlicher Interessen der an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Protagonisten (Leistungserbringer aus den verschiedenen Sektoren, Kostenträger etc.) und auf Basis des fragmentierten Versorgungssystems gestaltet sich die Umsetzung der geforderten Kooperation in vielen Bereichen schwierig.

Um dem entgegenzuwirken wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) im Jahr 2000 die gesetzliche Grundlage für eine koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer geschaffen und durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 modifiziert. Grundgedanke des Gesetzes war es, eine sektorübergreifende und interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen. Dadurch sollte eine

Verschwendung von Ressourcen z. B. durch Parallelversorgung oder unnötig lange stationäre Verweildauern verhindert, sowie eine kontinuierliche, angemessene und umfassende Versorgung für Hilfebedürftige gewährleistet werden. Es sollte eine kosteneffektivere aber auch qualitativ verbesserte Versorgung ermöglicht werden.

Das Modell der Integrativen Versorgung beruht darauf, dass Krankenkassen Verträge mit einem Zusammenschluss von Leistungserbringern aus dem stationären, ambulanten und rehabilitativen Sektor abschließen, wodurch diese zu einer Zusammenarbeit im vertraglichen Rahmen angehalten werden.

Die integrierte Versorgung erscheint für die Behandlung psychisch Kranker prädestiniert, da gerade bei chronischen oder zu Rezidiven neigenden Erkrankungen häufig eine sektorübergreifende Behandlung erforderlich ist (Fritze, 2005). Seit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 wurden verschiedene Modelle integrierter Versorgung ins Leben gerufen, wobei eine die Vielzahl der Verträge diagnosenspezifisch ist und nur von einzelnen Kassen abgeschlossen wurde, so dass sie nur einem eingeschränkten Personenkreis zur Verfügung stehen (Steckmaier, 2010). Für IV-Modelle in Niedersachsen sowie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf konnten Einsparungseffekte und eine Reduzierung von Klinikaufenthalten nachgewiesen werden (Ohm, 2008).

Weiter können das Modellprojekt der DGPPN und des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (Netzwerk Seelische Gesundheit Aachen) sowie das regionale Psychiatrie-Budget Itzehoe als erfolgsversprechende Modelle integrierter Versorgung angeführt werden. Trotz erfolgreicher Implementierung einiger IV-Projekte hat sich bis heute keine flächendeckende integrierte Versorgung gebildet, was unter anderem mit der Ablehnung vieler Projekte durch die Krankenkassen im Zusammenhang steht (DGPPN, 2010).

1.2 Epidemiologie psychischer Erkrankungen und Bedeutung für Betroffene und Gesellschaft

In den letzten Jahren und Jahrzehnten gelangten psychische Erkrankungen vermehrt in den Fokus nationaler wie internationaler epidemiologischer Untersuchungen. Dies ist teilweise auf die Bemühungen um eine Gleichstellung psychischer und somatischer Erkrankungen zurückzuführen, hängt aber nicht zuletzt mit den damit assoziierten steigenden sozioökonomischen Belastungen für Gesundheitswesen und Gesellschaft zusammen.

1.2.1 World Health Report 2001

Im 2001 von der World Health Organisation (WHO) vorgelegten World Health Report wird, bezogen auf die Weltbevölkerung, eine Lebenszeitprävalenz von 25% für das Auftreten mindestens einer Episode einer psychischen Erkrankung angegeben. Es wurde eine

Punktprävalenz von 10% ermittelt, Schätzungen ergaben, dass zum damaligen Zeitpunkt weltweit ca. 450 Millionen Menschen unter psychischen Erkrankungen litten. Die genannten Zahlen beziehen sich auf eine Auswahl häufiger psychiatrischer Diagnosen, wie unipolare und bipolare affektive Störungen, schizophrene Psychosen, einige Abhängigkeitserkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Angst- und Zwangserkrankungen und primäre Insomnie. Bei Betrachtung aller psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 sind die Zahlen nach oben zu korrigieren.

1.2.2 Global Burden of Disease Analysis

Das Global Burden of Disease-Projekt (GDB-Projekt) wurde 1992 von der Harvard School of Public Health mit Unterstützung der WHO ins Leben gerufen.

Im Rahmen des Projektes werden regelmäßige weltweite Erhebungen zu Krankheiten, Behinderungen, Todesfällen und spezifischen Risikofaktoren durchgeführt. Die Zielsetzung besteht darin, Prognosen über zukünftige Entwicklungen bezüglich des Auftretens bestimmter Erkrankungen aufzustellen, um daraus Konsequenzen für eine bestmögliche Steuerung der Gesundheitsversorgung abzuleiten.

Die Belastung für die Betroffenen durch die jeweiligen Erkrankungen wird anhand des „Disability-adjusted life years“ (DALY) quantifiziert, einem (Negativ-)Index für Lebensqualität und Lebensdauer. In diesen werden neben krankheitsbedingter Frühsterblichkeit („Years of life lost“, YLL) auch die krankheitsbedingt beeinträchtigten Lebensjahre („Years lived with disability“, YLD) miteinbezogen (World Health Organisation, 1992).

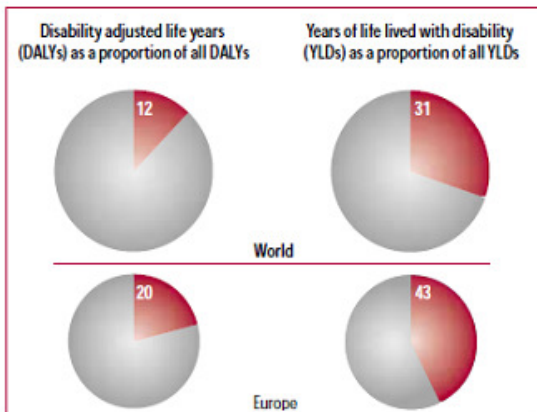
Tab. 1, Leading causes of disability-adjusted life years (DALYs); 2001, age 15-44. (Aus: World Health Report 2001, S. 28, Abb. 2.2)

Both sexes, 15–44-year-olds	% total
1 HIV/AIDS	13.0
2 Unipolar depressive disorders	8.6
3 Road traffic accidents	4.9
4 Tuberculosis	3.9
5 Alcohol use disorders	3.0
6 Self-inflicted injuries	2.7
7 Iron-deficiency anaemia	2.6
8 Schizophrenia	2.6
9 Bipolar affective disorder	2.5
10 Violence	2.3
11 Hearing loss, adult onset	2.0
12 Chronic obstructive pulmonary disease	1.5
13 Ischaemic heart disease	1.5
14 Cerebrovascular disease	1.4
15 Falls	1.3
16 Obstructed labour	1.3
17 Abortion	1.2
18 Osteoarthritis	1.2
19 War	1.2
20 Panic disorder	1.2

Wie Tab. 1 zu entnehmen ist, befanden sich im Jahr 2000 5 psychiatrische Diagnosen unter den 10 mit den meisten DALYs bewerteten Erkrankungen. Die unipolare Depression wird dabei hinter HIV/AIDS an 2. Stelle geführt. Diese weltweiten Schätzungen beziehen sich im angeführten Beispiel auf die Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren. Die Gesamtbeeinträchtigung durch psychische Erkrankungen weltweit, bezogen auf alle Altersgruppen, ausgedrückt in DALYs wurde im Jahr

2000 auf 12% geschätzt, für Europa auf 20%. Unter Herausrechnung der YLLs wird der prozentuale Anteil an YLDs weltweit auf 31% und in Europa auf 43% Prozent geschätzt. s. Abb.1

Abb. 1: Burden of neuropsychiatric conditions as a proportion of the total burden of disease, estimates for 2000. (Aus: World Health Report 2001, Abb. 2.1)



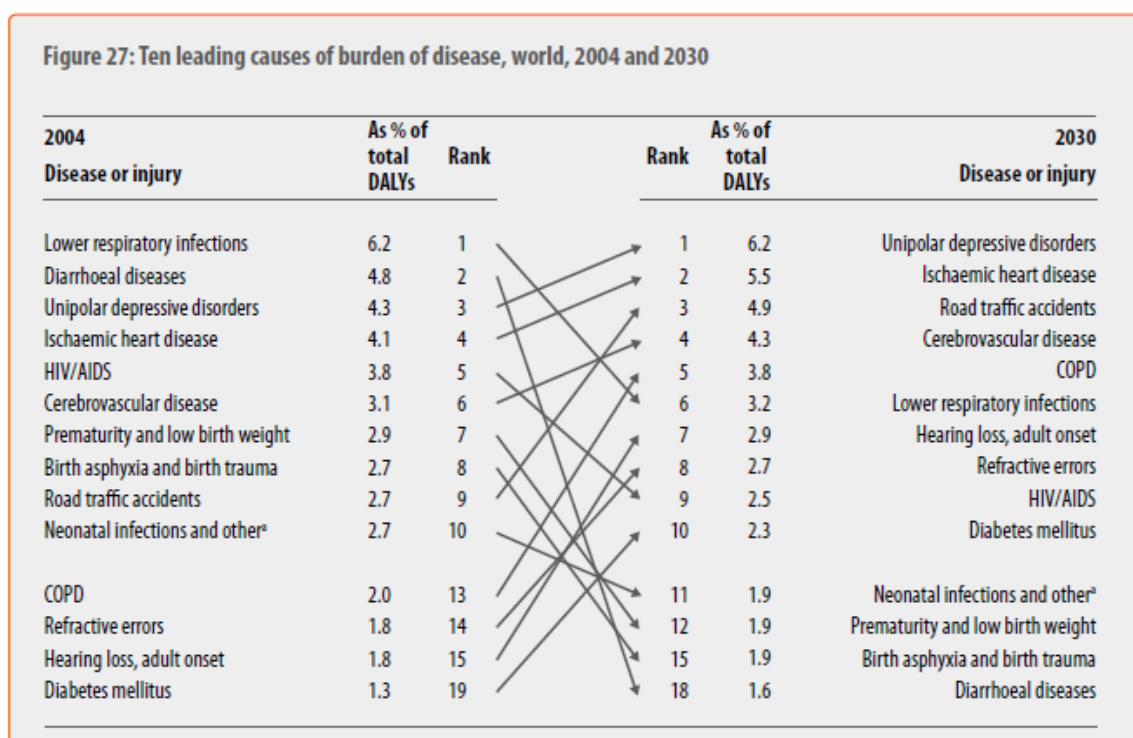
Nach 2004 veröffentlichten Einschätzungen des GBD-Projekts (s. Tab. 2) führt die unipolare Depression in Ländern mittleren und höheren Einkommens die Rangfolge der durch Erkrankung beeinträchtigten Lebensjahre an, auch die Alkoholabhängigkeitserkrankung befindet sich unter den „Top-Ten“. In den Staaten hohen Einkommens werden außerdem demenzielle Erkrankungen an vierter Stelle geführt.

Tab. 2: Leading causes of burden of disease, countries grouped by income (Aus: WHO, The Global Burden of Disease 2004 update, S. 44, Tab. 13)

Middle-income countries				High-income countries			
1	Unipolar depressive disorders	29.0	5.1	1	Unipolar depressive disorders	10.0	8.2
2	Ischaemic heart disease	28.9	5.0	2	Ischaemic heart disease	7.7	6.3
3	Cerebrovascular disease	27.5	4.8	3	Cerebrovascular disease	4.8	3.9
4	Road traffic accidents	21.4	3.7	4	Alzheimer and other dementias	4.4	3.6
5	Lower respiratory infections	16.3	2.8	5	Alcohol use disorders	4.2	3.4
6	COPD	16.1	2.8	6	Hearing loss, adult onset	4.2	3.4
7	HIV/AIDS	15.0	2.6	7	COPD	3.7	3.0
8	Alcohol use disorders	14.9	2.6	8	Diabetes mellitus	3.6	3.0
9	Refractive errors	13.7	2.4	9	Trachea, bronchus, lung cancers	3.6	3.0
10	Diarrhoeal diseases	13.1	2.3	10	Road traffic accidents	3.1	2.6

Weiter wird vermutet, dass bis zum Jahr 2030 die unipolare Depression, bezogen auf die gesamte Weltbevölkerung und alle Altersgruppen, die Erkrankung mit dem prozentual größten Anteil an Disability-adjusted life years (lost) einnehmen wird (s. Abb. 2).

Abb.2: Ten leading causes of burden of disease, world, 2004 and 2030 (Aus: WHO, The Global Burden of Disease 2004 update, S. 50, Abb. 27)



1.2.3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

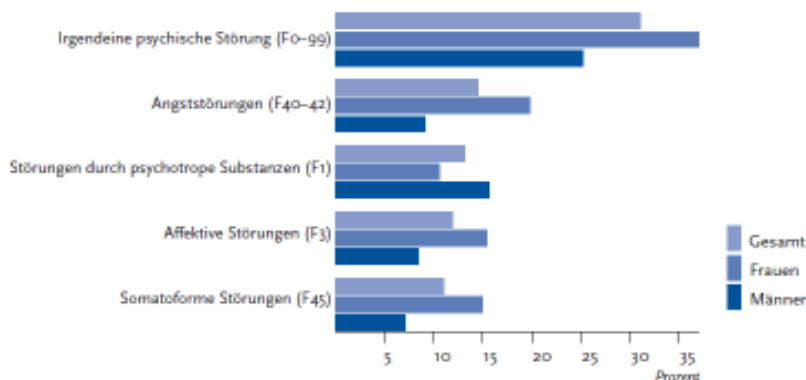
Während die Epidemiologie psychischer Störungen international seit langem Gegenstand großen politischen und wissenschaftlichen Interesses ist, wurde diese Thematik in Deutschland lange vernachlässigt (Wittchen et al, 1999). Aus diesem Grund fehlten lange Zeit verlässliche epidemiologische Zahlen. Der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Wittchen und Jacobi, 1998) zum Bundesgesundheitssurvey 1998 stellte die erste bundesweite Untersuchung zur Prävalenz psychischer Erkrankungen dar.

Die Ergebnisse zeigen eine 4-Wochen-Prävalenz für Angsterkrankungen von 9%, für Depressionen von 6,3% und von 7,5% für somatoforme Störungen.

Die 12-Monatsprävalenz für affektive Störungen in der Allgemeinbevölkerung (18-65 Jahre) wird mit 12% angegeben. Demzufolge erkranken jährlich ca. 6 Millionen Menschen in Deutschland an einer Depression. Die Lebenszeitprävalenz beläuft sich auf 19% (Frauen: 25%, Männer 12%). Weiter ist den Ergebnissen ein häufigeres Auftreten depressiver Erkrankungen bei Personen mit niedrigem Sozialstatus zu entnehmen.

Insgesamt wurde eine 12-Monatsprävalenz für psychische Erkrankungen von 32,1% ermittelt, wobei diagnosenspezifische Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Bevölkerung aufgezeigt wurden (s. Abb. 3)

Abb. 3: Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen (4 häufigste Diagnosengruppen nach ICD-10) bei Erwachsenen von 18-65 Jahren (Aus: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Abb.1, Seite 9)



Für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis werden in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine Jahresinzidenz von 0,019% beschrieben (Gaebel, 2010), was bei einer Einwohnerzahl von ca. 82 Millionen ca. 15.600 Neuerkrankungen pro Jahr entspricht. Die Lebenszeitprävalenz für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird auf die Weltbevölkerung bezogen mit 1% angegeben.

Bühringer et al. (1997) kamen im Rahmen einer Hochrechnung auf die Wohnbevölkerung zu dem Ergebnis, dass bundesweit zum damaligen Zeitpunkt 2,4% der Bevölkerung die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllten und stuften 4,9% der Bevölkerung als trockene Alkoholiker ein (Bühringer, 1997). Dies ergibt eine Gesamtanzahl von 4,8 Millionen Menschen in Deutschland, die zum Erhebungszeitpunkt von einer Alkoholabhängigkeit im akuten oder abstinenten Stadium betroffenen waren.

1.2.4 Volkswirtschaftliche Kosten durch psychische Erkrankungen

Neben den psychischen und sozialen Belastungen für Erkrankte und Angehörige stellen psychische Störungen und Verhaltensstörungen einen wesentlichen und stetig wachsenden volkswirtschaftlichen Kostenfaktor dar.

Zu diesen Aufwendungen müssen neben den Kosten für die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen auch Produktivitätsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und/oder frühzeitigen Tod, sowie Ausgaben für öffentliche Sicherheit miteinberechnet werden (World Health Organisation, 2001).

Es liegen Studien vor, in denen die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen für Gesundheitswesen und Gesellschaft untersucht wurden. Rice et al. (1990) kamen dabei zu der Einschätzung, dass sich diese auf etwa 2,5% des gesamten Bruttonationaleinkommens der Vereinigten Staaten belaufen (Rice et al, 1985). Meering et al. (1998) ermittelten für die

Niederlanden einen prozentualen Anteil von 23.2% der Kosten für psychische Erkrankungen an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (Meerding et al, 1998). Eine britische Studie kam zu dem Ergebnis, dass allein für die stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen 22% aller Gesundheitsausgaben in Großbritannien aufgewendet wurden (Patel und Knapp, 1998).

Die zunehmende volkswirtschaftliche Belastung durch psychische Erkrankungen lässt sich auch aus den Zahlen der Gesundheitsreporte der Deutschen Angestellten Versicherung (DAK) ableiten. Aus dem DAK-Gesundheitsreport Bayern 2008 geht hervor, dass psychische Erkrankungen mit 9,7% aller Arbeitsunfähigkeitstage an Platz 4 der Arbeitsunfähigkeit verursachenden Erkrankungen in Bayern liegt. Dabei lässt sich im Vergleich zu einer Erhebung im Jahr 2000 eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage bedingt durch psychische Erkrankungen bei Männern um 7% feststellen. Für durch Depressionen verursachte Arbeitsunfähigkeitstage wurde eine Zunahme um 15% für das männliche Geschlecht ermittelt (DAK-Gesundheitsreport 2008).

Bei Vergleich der Erhebung für das Jahr 2007 und der Erhebung von 2010 wird eine Zunahme der durch psychische Leiden verursachten Arbeitsunfähigkeitstage von 117 auf 152 Tage bundesweit, bezogen auf 100 Versichertenjahre ersichtlich (DAK-Gesundheitsreport 2008).

Neben den Produktivitätsausfällen aufgrund zunehmender Arbeitsunfähigkeitstage spielt auch die steigende Zahl an Frühberentungen aufgrund psychischer Probleme eine bedeutende Rolle (s. Tab. 3) und stehen inzwischen an erster Stelle aller Erwerbsunfähigkeit verursachenden Erkrankungen.

Tab. 3: Rentenzugänge bei verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung für das Jahr 2008 (Aus: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Tab. 4)

alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	161.265
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	57.409
Affektive Störungen (F30–F39)	20.515
Bipolare affektive Störung (F31)	1.290
Depressive Episode (F32)	8.823
Rezidivierende depressive Störung (F33)	8.968

Die Krankheitskosten allein für depressive Erkrankungen beliefen sich im Jahr 2008 auf 5,2 Mrd. Euro (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 51), im Jahr 2006 werden direkten Krankheitskosten für psychische Erkrankungen bundesweit von 26,7 Mrd. Euro genannt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48). Zusätzlich entstehen in

Deutschland jährlich Produktionsausfallkosten in Höhe von 3,8 Mrd. Euro (Steckermaier 2010, nach BauA 2008) (Steckermaier, 2010).

1.3 Versorgungspolitische Grundsätze

In den vergangenen Jahrzehnten wurden durch Expertengremien auf nationaler, europäischer und weltweiter Ebene zahlreiche Empfehlungen und Leitlinien für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung verfasst.

Dabei sind für Deutschland vorrangig die Psychiatrie-Enquête 1975, der Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung 1988, der World Health Report 2001, die Erklärung von Helsinki sowie das Europäischen Grünbuch der Europäischen Union 2005 von Bedeutung. Außerdem sind auf regionaler Ebene der 2. Bayerische Psychiatrieplan (1990) und die Psychiatrie-Grundsätze Bayern (2007) zu nennen.

In Deutschland gilt der 1975 vorgelegte Bericht der Psychiatrie-Enquête als das richtungsweisende Dokument für Entwicklungen hin zu einer gemeindenahen Versorgung.

Die darin enthaltenen Grundsätze und Forderungen wurden in der Folge durch verschiedene Gremien überarbeitet und differenziert und in modifizierter Form veröffentlicht.

Über die Gültigkeit der zentralen Forderungen der Enquête besteht jedoch bis zum heutigen Zeitpunkt weitestgehend Einigkeit (Aktion Psychisch Kranke, 2001), weshalb sie in Auszügen nachfolgend aufgeführt werden sollen:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystem mit ambulant-medizinischen und komplementären Diensten
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht

Weitere Kernforderungen der oben genannten Expertengremien bestehen in einer bedarfsorientierten, individuell angepassten Versorgung mit einem ganzheitlichen Ansatz, einem niederschweligen Zugang zu den Hilfsangeboten, in der Förderung der Entstigmatisierung, in Bestrebungen nach Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung mit dem Grundsatz ambulant vor stationär, sowie in einer Intensivierung präventiver Maßnahmen.

Aufgrund der zunehmenden sozioökonomischen Belastung durch psychische Erkrankungen kommt insbesondere der bereits in der Enquête geforderten Vernetzung der Leistungserbringer zur Steigerung der Effektivität der Versorgung eine wachsende Bedeutung zu.

1.4 Darstellung der Ist-Situation

Zu den Komponenten einer funktionierenden psychiatrischen Versorgung können nach Rössler folgende Leistungserbringer gerechnet werden (aus Möller et al, 2005):

- das nichtprofessionelle Hilfesystem (Selbsthilfegruppen, Bürger- und Nachbarschaftshilfe)
- Einrichtungen der allgemeinen Gesundheits- und Sozialversorgung wie z.B. Hausärzte und Sozialbehörden.
- spezialisierte ambulant-psychiatrische Leistungserbringer (niedergelassene Psychiater, Nervenärzte, Psychotherapeuten oder Sozialpsychiatrische Dienste)
- stationäre psychiatrische Einrichtungen (psychiatrische Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern)
- Leistungserbringer aus dem Bereich der komplementären Versorgung

Das psychiatrische Hilfesystem kann demnach unterteilt werden in nichtprofessionelle und professionelle, spezialisierte und allgemeine (ebd.), sowie ambulante und stationäre Hilfeinrichtungen.

1.4.1 Definition „komplementär“

In der vorliegenden Arbeit werden alle Versorgungsangebote als „komplementär“ definiert, bei denen es sich nicht um medizinische Versorgungseinrichtungen handelt, d.h. alle Angebote, bei denen es sich nicht um SGB V-finanzierte oder um medizinische Rehabilitationseinrichtungen handelt.

1.4.2 Fragmentierung der Versorgungsstruktur

Die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland zeichnet sich durch eine große Angebotsvielfalt aus und beinhaltet in unterschiedlicher regionaler Ausprägung alle Elemente der o.g. Versorgungsangebote. Die Struktur der psychiatrischen Versorgung ist jedoch gekennzeichnet durch die ausgeprägte Heterogenität der Leistungserbringer und hochgradige Fragmentierung mit all den dadurch bedingten Nachteilen in ökonomischer Hinsicht sowie hinsichtlich der Qualität der Versorgung.

1.4.3 Leistungsträger

Die Fragmentierung der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland ist unter anderem auf die Vielzahl verschiedener Leistungsträgern zurückzuführen.

Der Anspruch psychisch kranker Menschen auf die Kostenübernahme erforderlicher Behandlungen und Maßnahmen sowie die Zuständigkeit der verschiedenen Leistungsträger für bestimmte Sektoren der Versorgung ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. Im Bereich der Versorgung psychisch kranker Erwachsener zählen dazu in erster Linie die Krankenkassen (SGB V), die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VIII), die Träger der Sozialhilfe (SGB XII) sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Planung, Steuerung und Koordination der Versorgung sollen sich an den Grundsätzen des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) orientieren (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2007).

1.4.4 Koordinierung der Versorgungsangebote

Die Vielfältigkeit der Versorgungsangebote erfordert ein hohes Maß an Koordination und Kooperation auf regionaler Ebene, um sowohl Parallelstrukturen als auch Versorgungslücken bestmöglich zu vermeiden. Am Grad des Zusammenwirkens aller Beteiligten bemisst sich auch die Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems, da Menschen mit einer seelischen Behinderung häufig einen umfassenden Hilfebedarf haben (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2004).

Um eine Verbesserung von Kooperation und Koordination zu gewährleisten, und damit negativen Folgen der Fragmentierung entgegenzuwirken, sehen die Grundsätze zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern folgende Gremien vor (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2007):

1.4.4.1 Regionale Steuerungsverbünde/Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Ein regionaler Steuerungsverbund soll ein Zusammenschluss aller derer sein, die an der Versorgung psychisch kranker Menschen in der entsprechenden Region beteiligt sind:

- je ein/e Vertreter/in organisierter Gruppierungen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Betreuern und ehrenamtlichen Helfern
- Vertreter der Leistungserbringer im regionalen Versorgungsgebiet, möglichst aus allen Sektoren der psychiatrischen Versorgung
- je ein/e Vertreter/in der Leistungsträger nach SGB V, SGB VI, SGB XII, SGB VIII (Jugendhilfe), SGB III (Arbeitsförderung), SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und SGB XI (Pflegeversicherung).

- ein/e Vertreter/in des Gesundheitsamtes
- ein/e Vertreter/in der Kommune

Dieses Gremium soll auf regionaler Ebene Aufgaben der Koordination und Steuerung übernehmen, Öffentlichkeitsarbeit leisten (z.B. in Form von Anti-Stigma-Bewegungen und Präventionsmaßnahmen) und an der Ermittlung und Formulierung des regionalen Bedarfs mitwirken. Weiter sollen durch die regionalen Steuerungsverbünde nach Möglichkeit zunehmend auch einzelfallbezogene Hilfen organisiert und koordiniert werden.

Dabei ist eine Bildung spezieller Verbünde innerhalb eines regionalen Steuerungsverbundes möglich (z.B. Suchtarbeitskreise.), die notwendige Steuerung und Koordination soll dann innerhalb des Spezialverbundes erfolgen.

1.4.4.2 Planungs- und Koordinierungsausschuss

Im Planungs- und Koordinierungsausschuss als Steuerungsgremium auf überregionaler Ebene sollen folgende Mitglieder vertreten sein:

- je ein/e Vertreter/in der Leistungsträger nach SGB V, SGB VI, SGB XII, SGB VIII, SGB III, SGB II, und SGB XI.
- ein/e Vertreter/in des medizinischen Sachgebiets der Regierung
- je ein/e Vertreter/in der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der freien und privaten Träger
- ein/e Vertreter/in der an der Versorgung beteiligten Spezialkliniken
- mindestens ein/e Vertreter/in der regionalen Steuerungsverbünde
- ein/e Vertreter/in organisierter Angehöriger
- ein/e Vertreter/in organisierter Psychiatrieerfahrener
- ein/e Vertreter/in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB)

Dieses Gremium soll für die Zusammenführung der Daten und Ergebnisse der regionalen Berichterstattung, für die Koordination und Initiierung von geeigneten Angeboten und für die Erstellung und Fortschreibung eines überregionalen Plans für die Versorgung psychisch kranker Menschen verantwortlich sein.

1.4.4.3 Psychiatriekoordinatoren

Zu den oben genannten Gremien gibt es in Bayern für jeden Bezirk einen sogenannten Psychiatriekoordinator bzw. eine Psychiatriekoordinatorin, eine weitere Instanz zur Steuerung und Koordinierung der Dienste und Einrichtungen. Die Psychiatriekoordinatoren/innen sind in der Regel auch die Geschäftsführer/innen des jeweiligen Planungs- und Koordinierungsausschusses.

1.5 Epidemiologische und soziodemographische Rahmendaten

1.5.1 Soziodemographische Daten

Die Bevölkerungsstruktur einer Region bestimmt in hohem Maße Bedarf und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Hierbei spielen unter anderem die Bevölkerungsdichte, die Altersstruktur, der Anteil ausländischer Mitbürger und insbesondere der soziale Status der Bewohner eine große Rolle (Thornicroft, 1991). Diese und andere Einflussfaktoren sollen im Folgenden für die Indexregion dargestellt werden.

Tab. 4: Fläche und Bevölkerung, Indexregion

	R - S	R - L	SAD	CHA
Fläche (km ²)	80,7	1.391,9	1.472,88	1.512,18
Einwohner (Stand 31.12.09)	134.218	183.045	142.979	128.498
Bevölkerungsdichte (Einw./km ²)	1663	132	97	85
Ausländeranteil (in %)	10,7	4	4,1	3,1
Sozialhilfeempfänger (pro 1.000 Einw.)	2,7	1,4	4,3	3,9

Tab. 5: Erwerbstätigkeit, Indexregion

	R - S	R - L	SAD	CHA
Arbeitsplatzdichte ¹	1497,3	459,6	723,5	766,9
Beschäftigtenquote (in %) ²	48,8	54,7	54,6	52,9
Arbeitslosenquote (in %)	7,2	3,6	4,9	4,8
Pendlersaldo	50.942	-32.278	-6.500	-2.572

¹ Sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige je 1.000 Einwohner im Alter von 15-64 Jahren

² Bevölkerungsgruppe zwischen 18 und 64 Jahren

1.5.1.1 Stadt Regensburg

Die Stadt Regensburg ist mit 134.218 Einwohnern die viertgrößte Stadt Bayerns. Sie zeichnet sich durch ein breites Angebot an sozialen, medizinischen und kulturellen Einrichtungen aus und besitzt eine gut ausgebaute Infrastruktur.

Die Altersstruktur mit einem hohen Bevölkerungsanteil von 41,4% im Alter zwischen 18 und 44 Jahren lässt sich unter anderem auf die große Zahl an Studenten zurückführen. Diese belief sich für Fachhochschule und Universität gesamt im Wintersemester 2008/2009 auf 23.184 (Andritzke, 2011). 14,3% der Bevölkerung sind 0-17 Jahre alt, 25,3% befinden sich im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Der Anteil der über 65jährigen in der Stadt Regensburg beläuft sich auf 19% (Bundesamt für Statistik, 2009). Der Ausländeranteil von 10,7% in der Stadt Regensburg liegt deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von 8,7%.

Die Stadt Regensburg weist ein positives Wanderungssaldo von 50,2 Zuzügen pro 10.000 Einwohner im Jahr 2009 auf. Dabei ist insbesondere ein hohes Zuwanderungssaldo in der Altersgruppe der 18-29-jährigen zu verzeichnen (542 Zuzüge pro 10.000 in der männlichen, 593 Zuzüge pro 10.000 Einwohner in der weiblichen Bevölkerungsgruppe).

Bei einer Fläche von ca. 80,7km² ist Regensburg infrastrukturell gut erschlossen und bietet über den Regensburger Verkehrsverbund (RVV) eine enggetaktete Versorgung mit Linienbussen an.

Die Beschäftigtenquote betrug 2009 48,8% und liegt damit unter dem bundesweiten Durchschnitt von 50,6%. Dies kann unter anderem auf den hohen Anteil Studierender zurückgeführt werden.

Mit einer Arbeitslosenquote von 7,2% im Jahr 2009 lag die Stadt Regensburg unter dem deutschlandweiten Durchschnitt (8,2%), jedoch deutlich über dem bayernweiten Durchschnitt (4,8%). Bei 20,6% aller Arbeitslosen in der Stadt Regensburg handelt es sich um Migranten. Die Größe der Haushalte, dabei insbesondere der Anteil an Singlehaushalten in einer Region ist versorgungspolitisch im Hinblick auf soziale Unterstützung durch Familiennetzwerke von Bedeutung (Tibaldi et al., 2005). Die Stadt Regensburg ist laut einer Studie der Gesellschaft für Konsumforschung aus dem Jahr 2010 mit einem Anteil an Single-Haushalten von 55,8% deutschlandweit die Stadt mit den prozentual meisten Single-Haushalten. Auch dies ist zum einen durch die hohe Studentenzahl zu erklären, zum anderen sind häufig auch alte Menschen und chronisch psychisch kranke Menschen vom Alleinleben betroffen (Rössler et al., 2005).

1.5.1.2 Landkreis Regensburg

Der Landkreis Regensburg ist der südlichste Landkreis der Oberpfalz und umgibt die kreisfreie Stadt Regensburg. Er grenzt an die Landkreise Neumarkt, Schwandorf und Cham, sowie an die niederbayerischen Landkreise Straubing-Bogen, Kelheim und Landshut an.

Der großflächige Landkreis mit 183.045 Einwohnern ist verkehrstechnisch zum Teil unzureichend erschlossen. Vor allem Menschen aus dem südlichen und östlichen Teil des Landkreises leiden unter ungünstigen Verkehrsverbindungen.

Trotz der teilweise fehlenden Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel ist eine klare Orientierung der Bevölkerung des Landkreises nach Regensburg Stadt zu verzeichnen. Diese spiegelt sich nicht nur in dem hohen Auspendlerüberschuss (Pendlersaldo -32.278) wieder. Auch bei der Inanspruchnahme kultureller Angebote sowie in Bildungs- und Gesundheitswesen kann diese Tendenz beobachtet werden.

Der Landkreis verzeichnete 2009 ein negatives Wanderungssaldo der Altersgruppe von 18-29 Jahren von 89,3 Fortzügen in der männlichen bzw. 26,4 Fortzügen in der weiblichen Bevölkerungsgruppe bezogen auf 10.000 Einwohner.

1.5.1.3 Landkreis Schwandorf

Der Landkreis Schwandorf grenzt an die Landkreise Neustadt an der Waldnaab, Cham, Neumarkt, Regensburg und Amberg-Weizbach, außerdem im Nordosten an die tschechische Region Pilsen an. Die größte Stadt des Landkreises ist die Kreisstadt Schwandorf mit knapp 28.000 Einwohnern. Mit 33 Kommunen zählt er zu den größten bayerischen Landkreisen.

Der Landkreis entstand im Zuge der bayerischen Gebietsreform (Wirksamkeit zum 1. Juli 1972) aus der kreisfreien Stadt Schwandorf, einem großen Teil des damaligen Landkreises Burglengenfeld und den damaligen Landkreisen Oberviechtach, Nabburg und Neunburg vorm Wald. Diese ursprüngliche Struktur prägt den Landkreis Schwandorf noch heute nachdrücklich und wirkt sich in einer geringeren Zentralisierung Richtung der Großen Kreisstadt Schwandorf aus. Dies zeigt sich unter anderem in der Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs, in der sich noch die Ausrichtung auf die ehemaligen Kreisstädte erkennen lässt.

Neben der Großen Kreisstadt Schwandorf sind das Städtedreieck Burglengenfeld, Maxhütte-Haidhof und Teublitz (ebenfalls ca. 30.000 Einwohner), Neunburg vorm Wald und Nittenau mit jeweils über 8.000 Einwohnern, Nabburg mit über 6.000 Einwohnern und Oberviechtach mit ca. 5.000 Einwohnern als Zentren des Landkreises zu nennen.

Trotz etwa 130 größerer Industriebetriebe in der Region ist der Landkreis insgesamt als ländlich strukturiert einzuordnen, stellt aber auch einen bedeutenden Wirtschafts- und Industriestandort in der Oberpfalz dar. Der Landkreis weist eine Arbeitsplatzdichte von 723,5 Erwerbstätigen von 1.000 Einwohnern zwischen 15 und 64 Jahren und eine Beschäftigtenquote von 54,6% auf. Es liegt ein Auspendlerüberschuss von ca. 6.500 sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen vor.

1.5.1.4 Landkreis Cham

Der Landkreis Cham ist der östlichste und flächenmäßig größte Landkreis der Oberpfalz. Er grenzt an die Landkreise Regensburg und Schwandorf, sowie an die niederbayerischen Landkreise Straubing-Bogen und Regen an. Östlich grenzt der Landkreis auf einer Länge von ca. 70km an die tschechische Region Pilsen an.

Die größte Stadt des Landkreises ist die Kreisstadt Cham mit knapp 17.000 Einwohnern.

Der Landkreis ist durch seine ländliche Struktur geprägt. Es befinden sich 6 Klein- und Mittelzentren in der Region.

Die Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs ist in vielen Gebieten der Region nicht ausreichend entwickelt. Eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Kreisstadt Cham stellt für Bewohner der unterversorgten Gebiete eine kaum zumutbare Belastung dar.

Die Wirtschaftsstruktur im Landkreis erlebte in den letzten Jahrzehnten einen bemerkenswerten Aufschwung und ist heute geprägt durch einen breit aufgestellten Mittelstand. Der Landkreis weist eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsplatzdichte von 766,9 Erwerbstätigen pro 1.000 Einwohnern zwischen 15 und 65 und eine Beschäftigungsquote von 52,9% auf.

1.5.2 Epidemiologische Daten – zu erwartende Fallzahlen

Um die in der Folge genannten Zahlen in Bezug zur Bevölkerung setzen zu können, soll zunächst die 12-Monatsprävalenzen psychiatrischer Erkrankungen 18-65jähriger für die Indexregion dargestellt werden.

Tab. 6: Zu erwartende Fallzahlen anhand der 12-Monats-Prävalenzen des Bundesgesundheits surveys (BGS) von 1998 (Wittchen und Jacobi, 2001)

Diagnosen nach ICD-10	12-Monats-prävalenz	Stadt und Landkreis Regensburg	Landkreis Cham	Landkreis Schwandorf	Indexregion gesamt
Störungen durch psychotrope Substanzen F1	7,1%	22.526	9.123	10.152	41.801
Schizophrenie, schizotype, wahnhafte Störungen + affektive Störungen mit wahnhafter Symptomatik F2 (+F3)	2,6%	8.249	3.341	3.717	15.307
Affektive Störungen F3	14,1%	44.734	18.118	20.160	83.012
Neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen F4	29,1%	92.324	37.393	41.607	171.324
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren F5	0,3%	952	385	429	1.766
Gesamtanteil der Bevölkerung mit einer oder mehrerer der o.g. Diagnosen	32,1%	101.841	41.248	45.896	188.625

1.6 Fragestellung

Psychische Erkrankungen stellen neben den Einschränkungen für die Betroffenen auch einen immensen volkswirtschaftlichen Kostenfaktor dar. Zu den zentralen Aufgaben der Versorgungsforschung zählt daher die Qualitätssicherung der bestehenden Versorgungsstruktur, um die Umsetzung der aufgewandten Kosten und Ressourcen zu evaluieren.

Auf stationärer Ebene bestehen deutschlandweit seit Jahren dahingehende Bestrebungen in Form der stationäre Basisdokumentation (BADO). Im komplementären Bereich fehlt eine solche standardisierte Qualitätskontrolle bislang weitgehend.

Im Rahmen der Qualitätssicherung müssen Strukturqualität, Prozess- und Ergebnisqualität (Tansella, Thornicroft 2001) betrachtet werden. Dabei stellt die Beurteilung der Strukturqualität die Basis für die psychiatrische Versorgungsforschung dar.

Um diese Voraussetzung für die Indexregion zu schaffen soll in der vorliegenden Arbeit eine umfassende Darstellung der Versorgungslandschaft der Oberpfälzer Landkreise Regensburg, Schwandorf und Cham und der Stadt Regensburg mit Schwerpunkt auf den komplementären Anbietern erfolgen.

Aufgrund der speziellen Situation in Deutschland mit einem hochgradig fragmentierten Versorgungssystem gilt es, dabei ein besonderes Augenmerk auf die Kooperationspraxis der an der Versorgung beteiligten Akteure zu richten.

Bei bestehenden Doppelstrukturen, Schnittstellenproblemen und aufgrund divergierender Interessen der Leistungserbringer und Leistungsträger ist eine nicht ausreichend effektive Nutzung der Ressourcen zu befürchten. Zudem liegt das Wissen um Angebote und Möglichkeiten aufgrund der Vielzahl an Beteiligten nicht in einer Hand, was den Überblick über die verfügbaren Ressourcen erschwert.

Für die nachfolgende Arbeit ergeben sich daraus folgende Fragestellungen:

1. Wie stellt sich die komplementäre psychiatrische Versorgung in der Indexregion dar?
2. Welche Unterschiede existieren hinsichtlich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zwischen den betrachteten Landkreisen?
3. Wie stellt sich die Kooperationspraxis der an der Versorgung beteiligten Akteure dar?

2 Methode

2.1 Erhebung der niedergelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten

Die Anzahl der im niedergelassenen Bereich tätigen Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten wurde über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ermittelt (Stand November 2012)

2.2 Bestandaufnahme der psychiatrischen Leistungserbringer in der Indexregion für den komplementären Sektor

2.2.1 Erläuterungen zur Vorgehensweise

Die Erhebung erfolgte in schriftlicher Form mittels Fragebögen. Der Vorteil der Verwendung von Fragebögen besteht in einer hohen Durchführungsobjektivität durch die standardisierte Befragung mit überwiegend vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Rössler et al, 2005)¹. Außerdem ergibt sich die Möglichkeit, durch exakt quantifizierbare Ergebnisse statistische Zusammenhänge zu ermitteln. Mit Hilfe der Fragebögen kann darüber hinaus eine große Zahl an Leistungserbringern mit vergleichsweise geringem Zeitaufwand erreicht werden. Nachteil einer schriftlichen Befragung besteht häufig in einer geringen Rücklaufquote. Diesem bekannten Phänomen sollte begegnet werden, indem jede erfasste Einrichtung vor Versendung der Fragebögen telefonisch kontaktiert und über die Studie informiert wurde. Neben Fragen mit vorgegebenen Antwortalternativen wurden auch offene Fragen mit in den Fragebogen aufgenommen.

2.2.2 Entwicklung der Fragebögen

Die für die vorliegende Arbeit verwendeten Fragebögen wurden auf Grundlage des ESMS-b, einer Kurzversion des European Service Mapping Schedules, konzipiert. Sie wurden in Anlehnung an die standardisierten, halboffenen Fragebögen aus der Planungsstudie Luxemburg (Rössler et al, 2005) um einige Variablen ergänzt und an die Gegebenheiten der Versorgungsregion angepasst.

2.2.2.1 European Service Mapping Schedule-b

Das European Service Mapping Schedule wurde 1997 in seiner ursprünglichen Version von der EPCAT-Arbeitsgruppe (European Psychiatric Care Assessment Team, zusammengesetzt aus Vertretern von 7 psychiatrischen Kliniken aus 6 europäischen Ländern) entwickelt und 2000 von Johnson et al. veröffentlicht. Das ESMS sollte eine standardisierte Darstellung der psychiatrischen Versorgungssituation einer umschriebenen

Region ermöglichen. Dabei sollte eine interregionale und internationale Vergleichbarkeit der Versorgungsstrukturen trotz grundlegender systemischer Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung ermöglicht werden.

Die zur Anwendung gekommene Kurzversion ESMS-b wurde 2006 von Johnson et al. entwickelt, die Übersetzung ins Deutsche erfolgte durch Kallert und Kollegen. Das ESMS-b besteht ursprünglich aus 3 Teilen. Diese umfassen:

Sektion A: Die Beschreibung der Index-Region und des bestehenden Versorgungssystems unter Einbeziehen soziodemographischer und epidemiologischer Aspekte

Sektion B: Die Bestandaufnahme der Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen in der Index-Region

Sektion C: Die Erstellung einer zusammenfassenden Übersicht.

Für die vorliegende Erhebung wurde primär die Sektion B herangezogen. Diese wurde in Anlehnung an die Vorgehensweise von Rössler und Koch im Rahmen der Planungsstudie Luxemburg (Rössler et al, 2005) um einige Variablen ergänzt. In einem weiteren Arbeitsschritt erfolgte die Anpassung und Abstimmung der Fragebögen an die Besonderheiten der zuvor durch die Arbeitsgruppe definierten 4 übergeordneten Versorgungsangebote:

- Beratungsangebot
- Arbeitsangebote
- Tagesstrukturierendes Angebot
- Wohnangebot

Der grundsätzliche Aufbau der Fragebogensubtypen zeigt nur minimale Unterschiede auf und besteht aus 7 Teilbereichen:

1. Organisation und Struktur
2. Personal
3. Klientel
4. Partizipation
5. Kooperation und Vernetzung
6. Fragen zur persönlichen Bedarfseinschätzung
7. Allgemeine Fragen

2.2.3 Erstellen der Einrichtungslisten und Auswahl der Adressaten

Dem Versand der Fragebögen ging die Erstellung einer Liste aller bestehenden komplementär psychiatrischen Einrichtungen in der Oberpfalz voraus.

Hauptkriterium für die Aufnahme in die Einrichtungsliste stellte das Vorhandensein eines spezifischen Angebotes für Klienten mit einer psychiatrischen Diagnose nach ICD-10 dar. Ebenfalls eingeschlossen wurden suchtspezifische Angebote, wohingegen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen ohne psychiatrische Komorbidität nicht eingeschlossen wurden. Als Ausschlusskriterium wurde eine Hauptfinanzierung durch die Krankenkassen nach SGB V definiert. Für die Gesamtbetrachtung wurden zusätzlich administrative Daten über krankenkassenfinanzierte Leistungserbringer erhoben.

Die Zusammenstellung erfolgte vorrangig durch intensive Internet-Recherche, basierend auf unterschiedlich vollständigen Einrichtungslisten, die von den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGen) der einzelnen Landkreise zur Verfügung gestellt wurden. Schließlich wurde die Zusammenstellung durch die Psychiatriekoordinatorin, durch eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes am Bezirksklinikums Regensburg, sowie durch Vertreter der jeweiligen PSAGen auf die Erfüllung der Einschlusskriterien überprüft und um einige Einrichtungen ergänzt.

Nach Fertigstellung des Verzeichnisses wurde ein Anschreiben versendet, um die Einrichtungen ausführlich über Inhalte und Ziele des Projektes zu informieren. In diesem Anschreiben wurde auch ein telefonisches Kurzinterview vorangekündigt, welches zeitnah vor Versendung der Fragebögen mit jeder Einrichtung durchgeführt wurde. Das Ziel der telefonischen Kontaktaufnahme bestand darin, geeignete Ansprechpartner (meist die Einrichtungsleiter) für die Befragung zu eruieren, sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung zu erkunden.

Auf diese Weise konnten zudem bereits vor Versendung der Fragebögen nach der Vorauswahl verbliebene, „ungeeignete“ Einrichtungen herausgefiltert werden, ebenso Einrichtungen, die keine Bereitschaft zur Teilnahme zeigten. Letzteren wurden keine Fragebögen zugeschickt.

Weiter konnte im Rahmen der Telefoninterviews der genaue Versorgungsauftrag definiert und somit die passende Fragebogenvariante verschickt werden. Einrichtungen, denen mehrere Versorgungsangebote zugeordnet werden konnten, wurden entsprechend mehrere Exemplare zugeschickt.

Besonders sollte die Herstellung eines persönlichen telefonischen Kontaktes auch einer Verbesserung der Rücklaufquote der Fragebögen dienen.

Die endgültige Aufstellung umfasst schließlich 79 für die Untersuchung relevante Einrichtungen.

Eine Übersicht über die betrachteten Angebote ist Tab. 7 zu entnehmen:

Tab.7: In die Erhebung einbezogene Angebote

Einrichtungsform	Stadt /LK Regensburg	LK Schwandorf	LK Cham	Gesamt
Beratungsangebot	17	4	5	26
Arbeitsangebot	10	5	2	17
Wohnangebot	18	9	5	32
Tagesstätten	2	1	1	4
Gesamt	47	19	13	79

2.2.4 Rücklaufquote

Folgende Rücklaufquoten konnten in den einzelnen Versorgungsbereichen und Landkreisen erzielt werden:

Tab.8: Rücklaufquoten nach Institutionen und Landkreisen

Einrichtungsform	R-S und LK R	LK SAD	LK CHA	Gesamt
Beratungsangebot	88%	100%	100%	92%
Arbeitsangebot	100%	80%	100%	93%
Wohnangebot	94%	33%	100%	74%
Tagesstätten	100%	100%	100%	100%
Gesamt	93%	60%	100%	86%

2.2.5 Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung von SPSS Statistics (PASW, Predictive Analysis Software).

Für jeden Angebotstyp wurde eine deskriptive Auswertung mit der Betrachtung der strukturellen Gegebenheiten, der Inanspruchnahme und der Kooperation mit anderen psychiatrischen Leistungserbringern durchgeführt.

Die übergeordneten Angebotsbereiche Beratung, Arbeit und Wohnen wurden für die genauere Betrachtung weiter differenziert und wie folgt eingeteilt:

Bereich Beratung:

- Beratungsangebote für psychisch Kranke
- Beratungsangebote für vorrangig Suchtkranke
- Telefonische Beratungsangebote

- Beratungsangebote für Menschen mit schwerwiegenden Lebensproblemen, ohne primäre psychiatrische Diagnose

Bereich Arbeit:

- Zuverdienstplätze
- Integrationsfirmen
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Werkstätten für psychisch behinderte Menschen (WfbpM)
- Berufliche Rehabilitationseinrichtungen

Bereich Wohnen:

- Betreutes Einzelwohnen für psychisch Kranke (BEW)
- Ambulant betreute Wohngruppen für psychisch Kranke (ABW)
- Betreutes Einzelwohnen Schwerpunkt Suchtkranke (BEW Sucht)
- Ambulant betreute Wohngruppen Schwerpunkt Suchtkranke (ABW Sucht)
- Stationäres Wohnen psychisch Kranke
- Stationäres Wohnen Schwerpunkt Suchtkranke
- Wohnen in Familien

Folgende Variablen wurden dabei in Augenschein genommen: Anzahl der Einrichtungen, Öffnungszeiten, Anzahl versorgter Klienten, Wartezeiten und Auslastung, ausgeschlossene Klientengruppen, Kostenträger, Personalbestand sowie spezifische klientenbezogene Angaben wie Geschlechterverteilung, und ICD-10-Diagnosen.

Um eine möglichst vollständige Darstellung gewährleisten zu können, wurden die aus der Fragebogenerhebung erhaltenen Platzzahlen abgeglichen und ergänzt durch eine uns vorliegende Auflistung über die Platzzahlen der bezirksfinanzierten Einrichtungen.

Die verwendeten Fragebögen, Einrichtungslisten sowie weitere Dokumentationsmaterialien sind dem Anhang zu entnehmen.

Bei der Ergebnisdarstellung beziehen sich Prozentangaben immer auf die Gesamtzahl der verfügbaren Daten. Einrichtungen ohne Angaben wurden dabei nicht berücksichtigt.

Bei Darstellung der Dauer der Inanspruchnahme der Einrichtungen durch die Klienten kann es zu Verzerrungen kommen, da einige befragte Einrichtungen erst seit kurzer Zeit existieren.

2.3 Analyse des Kooperationsverhaltens

2.3.1 Erhebung der Kooperationspraxis der komplementären Einrichtungen

In der Fragebogenerhebung wurden zudem Angaben zum Kooperationsverhalten der Einrichtungen erfragt.

Es wurde die Häufigkeit der Zusammenarbeit mit verschiedenen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteuren erhoben. Zur besseren Abbildbarkeit der Ergebnisse der quantitativen Kooperationsanalyse wurde der in der Folge beschriebene Score gebildet: in den Fragebögen wurde die „Häufigkeit“ der Kooperation mit anderen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteuren mit den Abstufungen „nie“ – „selten“ – „gelegentlich“ – „häufig“ erfragt. (s. Anhang Fragebögen, Punkt 5.1.) Diese Abstufungen wurden auf eine numerische Skala von 1-4 übertragen, woraus sich folgender Score ergab:

Score ≤ 2 → Kooperation findet nie oder selten statt

Score >2 bis 3 → Kooperation findet gelegentlich statt

Score >3 bis 3,5 → Kooperation findet häufig statt

Score $> 3,5$ → Kooperation findet sehr häufig statt

Weiter wurden in offener Fragestellung Faktoren erhoben, welche Kooperation im Positiven wie im Negativen beeinflussen. Die Antworten wurden inhaltlich in Gruppen zusammengefasst.

2.3.2 Qualitative Kooperationsanalyse

Die in den Fragebögen erhobenen Daten zur Kooperation zwischen den Einrichtungen wurden für den Landkreis Regensburg durch Ergebnisse aus Fokusinterviews ergänzt, welche im April 2009 im Rahmen eines bundesweiten Ärztekammerprojektes zum Thema Kooperation zwischen psychiatrischen Leistungserbringern durchgeführt wurden.

Weiter wurden bei der Fachtagung der psychiatrischen Institutsambulanzen Bayerns im Juli 2011 in Seeon Workshops zum Thema Kooperation zwischen Leistungsanbietern in der psychiatrischen Versorgung durchgeführt.

Durch Fokusgruppen und Workshops konnte die quantitative Erhebung durch eine qualitative Analyse der Kooperationspraxis unter den Leistungserbringern erweitert werden.

2.3.2.1 Workshops zum Thema Kooperationsverhalten bei der Fachtagung der Bayerischen Institutsambulanzen 2011

Im Rahmen der Fachtagung der Bayerischen Institutsambulanzen in Seeon 2011 wurden Workshops zum Thema „Kooperation mit komplementären Einrichtungen“ durchgeführt, deren Ergebnisse für eine qualitative Kooperationsanalyse herangezogen wurden.

Die Workshops dauerten jeweils 90 Minuten. An beiden Einheiten nahmen insgesamt 64 Vertreter aus allen Berufsgruppen der multiprofessionellen Teams der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) teil.

Die Teilnehmer diskutierten schwerpunktmäßig folgende Fragestellungen:

- Mit welchen Zielen wird Kooperation betrieben?
- Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren Kooperation?
- Über welche Erfahrungen zur Kooperation mit komplementären Leistungserbringern können die Teilnehmer berichten

Die Ergebnisse wurden durch die Leiterin des Workshops schriftlich festgehalten und den Tagungsteilnehmern präsentiert. Durch Rückmeldung der Teilnehmer konnten die Ergebnisse noch ergänzt werden.

2.3.2.2 Fokusgruppen im Rahmen des Bundesärztekammerprojektes

Das von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Versorgungsforschungsprojekt zur Bestandaufnahme der Versorgung psychisch Erkrankter fand in 4 Modellregionen statt. In Regensburg, als einer der Modellregion, wurden dafür im April 2009 Fokusgruppen durchgeführt.

Die beiden Fokusgruppen setzten sich aus zufällig ausgewählten Vertretern des stationären, des ambulanten und des komplementären Versorgungssektors zusammen. Insgesamt nahmen an den beiden Gruppendiskussionen 12 Personen teil, davon zwei Ärzte und ein Sozialarbeiter aus dem Bezirksklinikum Regensburg, eine niedergelassene Psychotherapeutin sowie 8 Vertreter verschiedener Berufsgruppen aus komplementären Einrichtungen. In der Fokusgruppe wurden informelle Prozesse und Motive des Kooperationsverhaltens thematisiert. Weiter diskutierten die Teilnehmer Bedingungen, die Kooperation über die Sektorengrenze hinaus fördern oder behindern.

Die Fokusinterviews dauerten 90-120 Minuten und wurden von den Moderatoren gemäß einem vorgegebenen Leitfaden gesteuert.

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die anschließende Auswertung erfolgte auf Grundlage des Kodiervfahrens der Grounded Theory (Strauss et al, 1990, Ungewitter et al, 2011).

Zur Beschreibung der Kooperationspraxis in Stadt und Landkreis Regensburg wird in der vorliegenden Arbeit auf die Transkripte der beiden in Regensburg geführten Fokusinterviews zurückgegriffen.

3 Ergebnisse

3.1 Darstellung der psychiatrischen Versorgungslandschaft

3.1.1 Stationäre und teilstationäre klinische Versorgung in Kliniken

Tab. 9: Stationäre/teilstationäre Versorgung in Kliniken, Indexregion

	R-S und LK R		LK SAD		LK CHA	
	Betten/ Plätze absolut	pro 1.000 EW	Betten/ Plätze absolut	pro 1.000 EW	Betten/ Plätze absolut	pro 1.000 EW
Teilstationäre Plätze	40	0,126	0	<i>landkreisübergreifend 0,6-0,64 Betten</i>	20	0,156
Akutpsychiatrische Betten	465	<i>landkreisübergreifend 0,6-0,64 Betten</i>	0		0	<i>landkreisübergreifend 0,6-0,64 Betten</i>
Forensische Betten	162	<i>Versorgung der gesamten Oberpfalz</i>	0	<i>Mitversorgung durch Einrichtung in Regensburg</i>	0	<i>Mitversorgung durch Einrichtung in Regensburg</i>
Betten in psychosomatischen Kliniken und Kliniken für Entwöhnungsbehandlungen	44	<i>landkreisübergreifendes Einzugsgebiet</i>	0	0	434	<i>landkreisübergreifendes Einzugsgebiet</i>

3.1.1.1 Stadt Regensburg (R-Stadt) und Landkreis Regensburg (LK R)

Die stationäre Versorgung des Regierungsbezirks Oberpfalz mit seinen 1.081.536 EW (Stand 31.12.2011) erfolgt durch das Bezirksklinikum Regensburg mit 465 Betten (Stand 08.05.2012) und das Bezirkskrankenhaus Wöllershof mit 188 Betten (Stand 08.05.2012). Beide Einrichtungen haben eine Versorgungspflicht für die gesamte Oberpfalz, was eine Bettenmessziffer von 0,6 Betten pro 1.000 EW ergibt. Nach einer unverbindlichen Absprache zwischen den Kliniken versorgt das Bezirksklinikum Regensburg überwiegend den südlichen und mittleren Teil der Oberpfalz, damit den Stadt und Landkreis Regensburg, den Landkreis Cham und Teile der Landkreise Schwandorf und Amberg. Dies entspricht etwa zwei Dritteln der Einwohner, daraus ergibt sich für diesen Bereich, der weitestgehend der hier betrachteten Versorgungsregion entspricht eine Bettenmessziffer von 0,64 pro 1.000 EW. Weiter wird in Regensburg eine tagesklinische Betreuung mit 40 Plätzen angeboten, welche aufgrund der täglichen Anfahrt vor allem Betroffenen aus der Stadt Regensburg und dem näheren Umkreis zur Verfügung stehen. Für die speziell gesicherte Unterbringung nach den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches hält die Klinik für Forensische Psychiatrie des Bezirksklinikums Regensburg 162 Betten vor, was einem Versorgungsgrad von 0,15 Betten pro 1.000 EW entspricht und damit über dem bundesweiten Durchschnitt von 0,08 Betten pro 100.000 EW liegt.

Im Bereich der psychosomatischen und medizinisch-rehabilitativen stationären Versorgung werden im Landkreis Regensburg 44 Betten zur Verfügung gestellt, davon 19 Betten in einer spezialisierten Einrichtung für Suchtentwöhnung am Bezirksklinikum. In diesen Einrichtungen besteht keine bezirksgebundene Aufnahme- oder Behandlungsverpflichtung.

3.1.1.2 Landkreis Schwandorf (LK SAD)

Im Landkreis Schwandorf wird kein spezielles stationäres oder teilstationäres Angebot für psychisch Kranke vorgehalten, die Versorgung erfolgt über das Bezirksklinikum Regensburg und das Bezirkskrankenhaus Wöllershof.

3.1.1.3 Landkreis Cham (LK CHA)

Im Landkreis Cham stehen im teilstationären akuppsychiatrischen Bereich aktuell 20 Plätze in der Außenstelle des Bezirksklinikums Regensburg zur Verfügung, die stationäre psychiatrische Versorgung der Einwohner des Landkreises Cham erfolgt durch das Bezirksklinikum Regensburg. Eine psychiatrische Klinik mit 50 Betten und 10 zusätzlichen teilstationären Plätzen ist in Planung, der Baustart ist für das Frühjahr 2013 vorgesehen, die Eröffnung für Ende 2014 geplant. (Homepage Sana-Kliniken des Landkreises Cham).

Weiter finden sich im Landkreis Cham die TCM-Klinik Bad Kötzing, eine Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin und Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie mit 83 Betten*, und die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen eine Fachklinik für Erwachsene, Eltern, Kinder und Jugendliche zur psychosomatischen Krankenhausbehandlung und psychosomatische Rehabilitation. Die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen weist eine Bettenzahl von 108* auf. Die Fachklinik Furth im Wald hält zudem insgesamt 243 Betten* vor. Diese teilen sich auf die Fachabteilungen Sucht und Psychosomatik auf.

*Die Bettenzahlen wurden telefonisch bei den jeweiligen Kliniken erfragt.

3.1.2 Ambulante Versorgung psychisch Kranker nach SGB V

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten

Tab. 10: An der psychiatrischen Versorgung beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten

	R-S	LK R	LK SAD	LK CHA
FÄ für Psychiatrie	1	2	2	0
FÄ für Nervenheilkunde	11	0	1	2
FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	5	4	1	1
FÄ für psychotherapeutische Medizin	8	0	0	0
FÄ für psychosomatische Medizin	0	0	0	1
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	8	5	2	2
Ärzte gesamt	33	11	6	6
Psychologische Psychotherapeuten	67	20	7	10

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Stand November 2012

Tab. 11: Ambulante Versorgung nach SGB V, Indexregion

	R-S und LK R		LK SAD		LK CHA	
	Anzahl	pro 100.000 EW	Anzahl	pro 100.000 EW	Anzahl	pro 100.000 EW
Ärzte*	44	13,9	6	4,2	6	4,7
Psychologische Psychotherapeuten	87	27,4	7	4,9	10	7,8
Institutsambulanzen	2		0		1	

** FÄ für: Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte anderer Fachrichtungen*

Im Stadt und Landkreis Regensburg sind insgesamt 44 Ärzte und 87 psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung an der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung beteiligt. Die Gruppe der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Ärzte wird in der Folge unter der Bezeichnung Nervenärzte zusammengefasst. Der Versorgungsgrad im Landkreis Regensburg beläuft sich auf 13,9 Nervenärzte und 27,4 psychologische Psychotherapeuten pro 100.000 EW (Stand November 2012). Außerdem hält das Bezirksklinikum Regensburg eine Psychiatrische Institutsambulanz mit 8 Spezialambulanzen vor, der Klinik für forensisch-psychiatrische Medizin ist ebenfalls eine Institutsambulanz angegliedert.

Im Landkreis Schwandorf sind insgesamt 6 Nervenärzte und 7 psychologische Psychotherapeuten an der Versorgung beteiligt, damit wird ein Versorgungsgrad von 4,2 Psychiatern und von 4,9 psychologischen Psychotherapeuten pro 100.000 EW erreicht.

Im Landkreis Cham stehen 4,7 entsprechend spezialisierte Fachärzte und 7,8 psychologische Psychotherapeuten pro 100.000 EW, sowie eine Psychiatrische Institutsambulanz zur Verfügung.

3.1.3 Komplementäre Versorgungseinrichtungen

Im Folgenden soll eine detaillierte Darstellung der komplementären Leistungsanbieter für die 3 betrachteten Landkreise erfolgen.

3.1.3.1 Stadt und Landkreis Regensburg

Die kreisfreie Stadt Regensburg und der Landkreis Regensburg werden in der Folge gemeinsam betrachtet.

Stadt und Landkreis Regensburg halten insgesamt 47 Angebote im komplementär-psychiatrischen Bereich vor.

Tab. 12: Übersicht komplementäre Angebote, R-S und LK R

Art des Angebotes	Anzahl der Einrichtungen
Beratungsangebote	17
Arbeitsangebote	10
Tagesstätten	2
Wohnangebote	18

3.1.3.1.1 Beratungsangebote

Einrichtungen

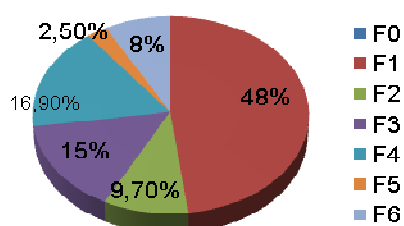
Tab. 13: Beratungseinrichtungen, R-S und LK R, Übersicht

Art des Angebotes	Einrichtungszahl
Beratungsstellen für psychisch Kranke	7
Beratungsangebote für vorrangig Suchtkranke	6
Telefonische Beratungsangebote	2
Integrationsfachdienst	1
Beratungsangebote für Menschen in schwierigen Lebenssituationen ohne primäre psychiatrische Diagnose	1
Gesamt	17

Im Bereich der Beratungseinrichtungen finden sich in der Stadt und im Landkreis Regensburg insgesamt 17 Angebote. Unter den Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Problemen befinden sich 2 Sozialpsychiatrische Dienste und ein Integrationsfachdienst mit dem Schwerpunkt der beruflichen Vermittlung psychisch Kranker, sowie der Krisendienst Horizont, der Hilfe bei suizidalen Krisen leistet.

Klientel

Abb. 4: Erstkontakte nach Diagnosen, anteilig in %, Beratungsangebote, R-S und LK R



Nach Angaben der befragten Beratungseinrichtungen (inklusive der suchtspezifischen Einrichtungen) handelt es sich bei 45% der Erstkontakte um Klienten mit einer Suchterkrankung, 15% der Klienten stellen sich aufgrund einer neurotischen Störung, einer Belastungsstörung oder einer somatoformen Störung vor, 12% mit einer affektiven Störung. Gefragt wurde dabei nach Erstkontakten in einem durchschnittlichen Monat.

Die Gesamtzahl der Beratungskontakte in einer gewöhnlichen Woche beläuft sich nach Angaben der befragten Einrichtungen auf 868 Kontakte (bei gültigen Antworten von 14 Einrichtungen), davon finden 150 Kontakte in den suchtspezifischen Beratungsstellen statt.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 14: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsangebote (n=14*), R-S und LK R

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	4
Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen	5
Akut psychotische Personen	4
Suizidale Personen	1
Fremdgefährliche Personen	2
Personen mit geistiger Behinderung	2
Pflegebedürftige Personen	3
Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion	3

**Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen*

Die am häufigsten ausgeschlossenen Personengruppen in den befragten Beratungseinrichtungen stellen Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen dar. 5 von 14 befragten Beratungseinrichtungen gaben an, diese Personengruppen nicht beraten zu können.

Beratungszeiten

Bei Betrachtung der Beratungsstellen (ohne rein telefonische Angebote und das Kriseninterventionsteam) wurde eine durchschnittliche wöchentliche Beratungszeit von 32 Stunden ermittelt (Spannbreite von 15-47 Stunden pro Woche).

Die Dienste des Kriseninterventionsteams sowie der Notfallseelsorge des Bistums Regensburg und der Telefonseelsorge Ostbayern sind rund um die Uhr verfügbar.

Wartezeiten

46% der Einrichtungen gaben Wartezeiten an, mit der längsten Wartezeit muss dabei mit 4 Wochen beim Integrationsfachdienst gerechnet werden. Die Suchtberatungsstellen weisen eine Wartezeit von ca. einer Woche auf, die SpDis von 2 bis 2,5 Wochen.

Inanspruchnahme

Abb. 5: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, R-S und LK R

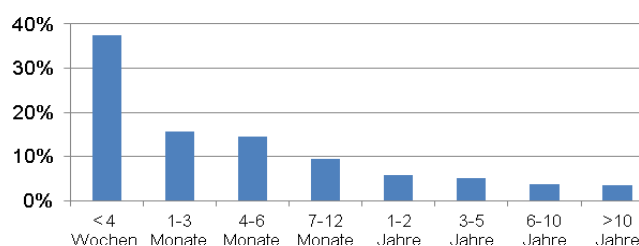
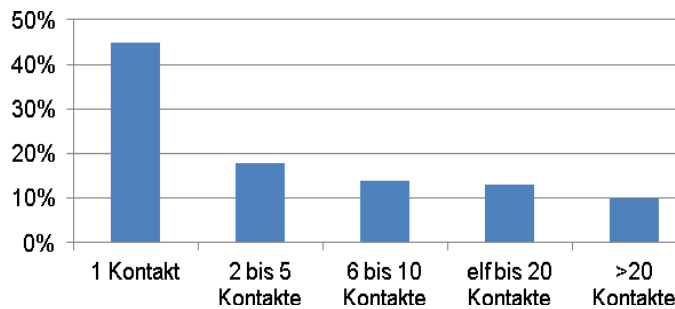


Abb. 6: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, R-S und LK R



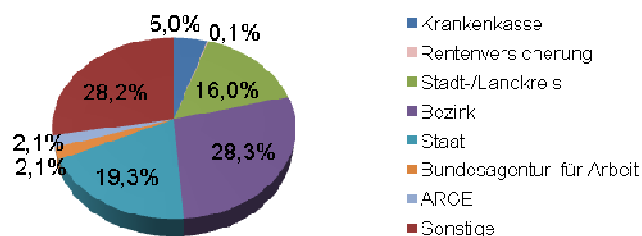
Mehr als 40% haben nur einen Beratungskontakt. Knapp 20% der Klienten sind länger als ein Jahr in den Beratungsstellen angebunden, knapp 5% länger als 10 Jahren.

Personal

Bei Betrachtung 12 gültig beantworteter Fragebögen sind in den Beratungseinrichtungen in Regensburg 33,15 Fachkräfte (Vollzeitstellen) angestellt, 6,5 davon in SpDis, 10,5 im Schwerpunktbereich Sucht. Der Integrationsfachdienst beschäftigt 10,25 Fachkräfte.

Kostenträger

Abb. 7: Finanzierung der Beratungseinrichtungen, R-S und LK R



Mit 28,29% ist der Bezirk der Hauptkostenträger bei den Beratungsangeboten.

3.1.3.1.2 Arbeitsangebote

Einrichtungen und Platzzahlen

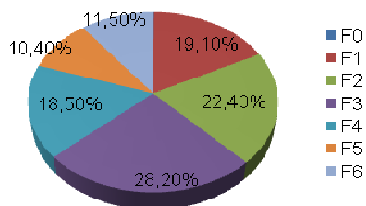
Tab. 15: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote, R-S und LK R

Einrichtungsart	Einrichtungszahl	Platzzahl
Angebote zur beruflichen Rehabilitation	3	526
Integrationsfirmen	4	28
Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung	1	150
Zuverdienst	2	35
Alle Arbeitsangebote	10	739

Im Bereich der Arbeitseinrichtungen halten Stadt und Landkreis Regensburg insgesamt 10 Einrichtungen mit insgesamt 739 Plätzen vor. Als größte Einrichtung ist dabei das Berufsförderungswerk Eckert in Regenstein zu nennen, das insgesamt 1.400 Plätze anbietet, wobei nach Fragebogenangaben 400 Plätze von psychisch Kranken in Anspruch genommen werden.

Klientel

Abb. 8: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10, Arbeitsangebote, R-S und LK R



28% der in den Arbeitseinrichtungen Beschäftigten leiden unter einer affektiven Störung, und machen damit die größte Gruppe der Klienten aus.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 16: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Arbeitsangebote (n=8*), R-S und LK R

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	5
Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen	3
Akut psychotische Personen	5
Suizidale Personen	3
Fremdgefährliche Personen	6
Personen mit geistiger Behinderung	4
Pflegebedürftige Personen	5
Personen, die kein oder wenig deutsch sprechen	1

**Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen*

Die am häufigsten ausgeschlossenen Personengruppen in den befragten Arbeitseinrichtungen stellen fremdgefährliche Personen dar. 6 der 8 Einrichtungen gaben an, diese Personengruppe von der Versorgung auszuschließen.

Auslastungsquote

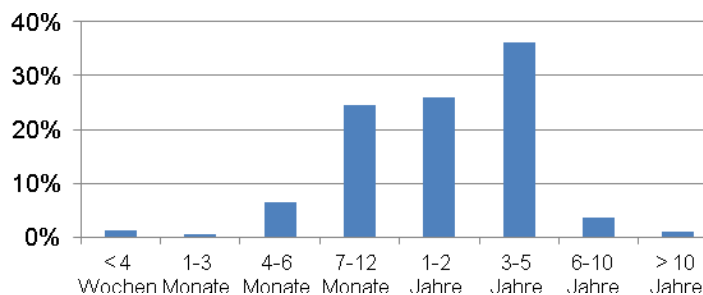
Für das Jahr 2008 gaben die befragten Einrichtungen eine durchschnittliche Auslastung von 98,75% an. Die Auslastung der Plätze für berufliche Rehabilitation lag bei 77,8% (bezogen auf alle angebotenen Plätze). Die Plätze für berufliche Rehabilitation ohne das BBW Eckert sind zu 100% ausgelastet, ebenso die Zuverdienstplätze, die Plätze in Integrationsfirmen und die Plätze der WfbM.

Wartezeiten

Die durchschnittliche Wartezeit von Antragstellung bis Maßnahmenbeginn liegt bei 13 Wochen. Auf einen Platz in der WfbpM muss ca. 50 Wochen gewartet werden.

Inanspruchnahme

Abb. 9: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, R-S und LK R



Mehr als 60% der Klienten nehmen die Arbeitsangebote für einen Zeitraum von ein bis 5 Jahren in Anspruch. Insgesamt 2% arbeiten kürzer als ein halbes Jahr, 5% länger als 5 Jahre in einer der Einrichtungen.

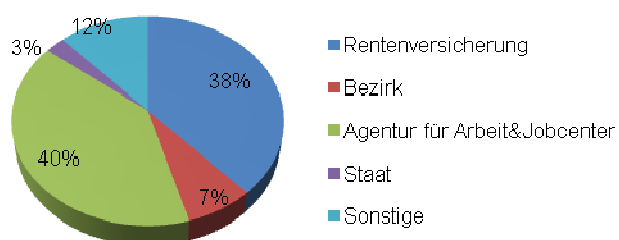
Personal

In den Arbeitseinrichtungen in Stadt und Landkreis Regensburg ergibt sich nach Auswertung der Fragebögen im Mittel ein Betreuungsschlüssel von 8 Klienten pro Fachkraft (Spannweite 4-17). Zu den Fachkräften werden bei den Arbeitsangeboten neben therapeutischem Personal auch Fachanleiter gerechnet.

43% der Einrichtungen gaben an, regelmäßig oder bei Bedarf Unterstützung von einem Konsiliarpsychiater zu erhalten.

Kostenträger

Abb. 10: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, R-S und LK R



Nach Auswertung der Fragebögen ist die Agentur für Arbeit bzw. das Jobcenter mit 40% der Hauptkostenträger der Arbeitsangebote. Die Zahlen beziehen sich aufgrund fehlender Angaben nur auf 5 der 10 betrachteten Einrichtungen, darunter befinden sich 3 Angebote zur beruflichen Rehabilitation.

3.1.3.1.3 Wohnangebote

Einrichtungen und Plätze

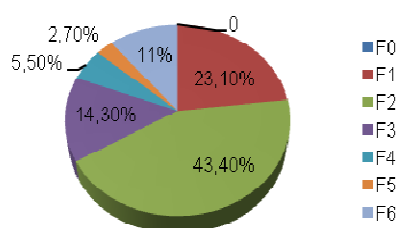
Tab. 17: Übersicht Wohneinrichtungen R-S und LK R

Genaue Angebotsbezeichnung	Einrichtungszahl	Platzzahl
Ambulant betreutes Einzelwohnen (in eigener Wohnung)	6	72
Ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	6	75
Stationäre Wohneinrichtungen	4	103
Betreutes Wohnen in Familien	1	15
Alle Wohnangebote	17	265

In Stadt und Landkreis Regensburg werden 17 Wohneinrichtungen für psychisch Kranke mit insgesamt 265 Plätzen vorgehalten, davon 147 im Bereich des ambulanten Wohnens.

Klientel

Abb. 11: Klienten in Wohneinrichtungen nach Diagnosen, R-S und LK R



43% der Klienten, die Wohnangebote für psychisch Kranke in Stadt und Landkreis Regensburg in Anspruch nehmen, leiden unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Die nächstgrößere Gruppe bilden mit 23% suchtkranke Klienten.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 18: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Wohnangebote (n=16*) R-S und LK R

Männer	1
Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	7
Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen	10
Akut psychotische Personen	3
Suizidale Personen	3
Fremdgefährliche Personen	5
Personen mit forensischer Vorgeschichte	2
Personen mit geistiger Behinderung	6
Pflegebedürftige Personen	8
Personen, die kein/wenig deutsch sprechen	5
Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion	1

*Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen

In 10 der 16 betrachteten Einrichtungen ist die Aufnahme von Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen nicht möglich. In 8 der 16 Einrichtungen können pflegebedürftige Personen nicht betreut werden.

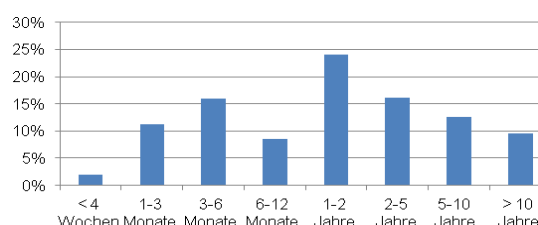
Auslastungsquote und Wartezeiten

Die durchschnittliche Auslastungsquote der Wohnangebote im Jahr 2008 lag bei 96,5%.

In 92,3% der Einrichtungen bestehen Wartezeiten bis zur Aufnahme. Die durchschnittliche Wartezeit von Antragstellung bis Maßnahmenbeginn liegt bei 23 Wochen (0 – 80 Wochen).

Inanspruchnahme

Abb. 12: Dauer der Inanspruchnahme, Wohnangebote, R-S und LK R



Knapp 10% der Klienten bleiben länger als 10 Jahre in den Wohneinrichtungen.

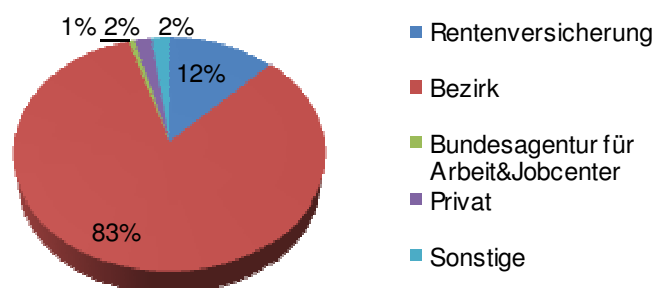
Personal

In den Wohneinrichtungen im Stadt und Landkreis Regensburg sind insgesamt 61,58 Fachkräfte beschäftigt, diese teilen sich wie folgt auf:

22,95 ambulant betreutes Wohnen, 37,13 stationäres Wohnen, 1,5 Betreutes Wohnen in Familien.

Kostenträger

Abb. 13: Finanzierung der Wohnangebote nach Plätzen, R-S und LK R



Der Hauptkostenträger der Wohnangebote in Stadt und Landkreis Regensburg ist mit 83%-igem Anteil der Finanzierung der Bezirk Oberpfalz.

3.1.3.1.4 Tagesstätten

Tab. 19, Tagesstätten, R-S und LK R, Übersicht

Einrichtungszahl	Platzzahlen
2	54

Psychisch kranken Menschen stehen in Stadt und Landkreis Regensburg 2 Tagesstätten zur Verfügung, die sich strukturell wesentlich unterscheiden. Daher ist eine gemeinsame Auswertung der beiden Einrichtungen nur in Teilbereichen möglich.

Das „Café Insel“ – Tageszentrum für Menschen mit seelischen Problemen schafft einen niederschweligen tagesstrukturierenden Rahmen für chronisch psychisch Kranke mit insgesamt 42 Plätzen, die nicht von festen Klienten belegt sind, es herrscht ein offener Betrieb.

Die Einrichtung ist werktags tagsüber geöffnet, bietet einmal pro Woche eine Abendbetreuung und ein spezielles Sonntagsprogramm an.

Die Auslastung liegt nach Angabe der Befragten bei weit über 100%, eine offizielle Statistik über Diagnose oder Dauer der Inanspruchnahme durch die Klienten wird nicht geführt.

Im Café Insel sind neben einer Vielzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter und Praktikanten 2,5 Fachkraftstellen mit Sozialpädagogen besetzt.

Bei der zweiten tagesstrukturierenden Einrichtung in Regensburg handelt es sich um die Tagesbetreuung des Bezirks Oberpfalz, Haus 5 am Bezirksklinikum Regensburg. Die Einrichtung hält 12 Plätze mit einer intensiven Ganztagesbetreuung werktags von 8-17.00 vor.

Die Auslastung lag zum Zeitpunkt der Befragung bei 83%, Wartezeiten lagen nicht vor. In der Einrichtung wurden 30% Klienten mit einer affektiven Störung, 30% mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und 40% mit einer Persönlichkeitsstörung betreut.

Die Einrichtung wurde erst 2010 eröffnet, Aussagen über die Dauer der Inanspruchnahme können zu diesem Zeitpunkt noch nicht getroffen werden können. Die Betreuung der Klienten erfolgt durch 2 Pflegekräfte und eine Sozialpädagogin in Teilzeit (0,5 Stellen).

Ausgeschlossene Personengruppen

Manifest Alkoholabhängige sowie geistig Behinderte und Pflegebedürftige sind in beiden betrachteten Tagesstätten von der Versorgung ausgeschlossen. Im Café Insel können außerdem Klienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, sowie fremdgefährliche Personen nicht betreut werden.

Kostenträger

Das Tageszentrum Café Insel wird zu 100% vom Bezirk Oberpfalz finanziert, die Finanzierung erfolgt dabei pauschal. Die Tagesbetreuung des Haus 5 wird über klientenbezogene Tages- und Pflegesätze finanziert, die in 90% der Fällen vom Bezirk übernommen werden, die restlichen 10% werden privat getragen.

3.1.3.2 Landkreis Schwandorf

Der Landkreis Schwandorf hält insgesamt 20 Angebote im komplementär-psychiatrischen Bereich vor, von denen 12 in die Auswertung miteinbezogen wurden.

Tab. 20: Übersicht komplementäre Angebote im LK Schwandorf

Art des Angebotes	Anzahl der Einrichtungen
Beratungsangebote	4
Arbeitsangebote	5
Tagesstätten	1
Wohnangebote	9

3.1.3.2.1 Beratungsangebote

Einrichtungen

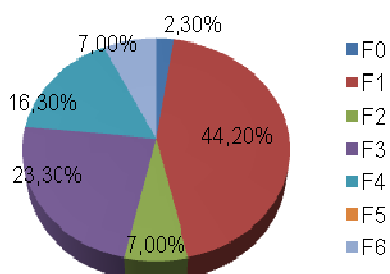
Tab. 21: Beratungseinrichtungen, Landkreis Schwandorf, Übersicht

Art des Angebotes	Einrichtungszahl
Beratungsstellen für psychisch Kranke	2
Beratungsstellen für vorrangig Suchtkranke	2
Gesamt	4

Im Landkreis Schwandorf werden 2 Beratungsstellen für psychisch Kranke sowie 2 suchtspezifische Beratungsstellen angeboten.

Klientel

Abb. 14: Erstkontakte nach Diagnosen, Beratungsstellen, LK SAD



Nach Angaben der befragten Beratungseinrichtungen handelt es sich bei 44% der Erstkontakte in einem gewöhnlichen Monat um Klienten mit einer Suchterkrankung, 23% der Klienten stellen sich aufgrund einer affektiven Störung vor.

Die Gesamtzahl der Beratungskontakte in einer durchschnittlichen Woche (diagnosenunabhängig) beläuft sich nach Angaben der befragten Einrichtungen auf 136 Kontakte, davon finden 63 Kontakte in den suchtspezifischen Beratungsstellen statt.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 22: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsstellen (n=4*), LK SAD

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	1
Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen	1
Akut psychotische Personen	1
Suizidale Personen	1
Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion	1
Personen, die keine oder wenig deutsch sprechen	1

**Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen*

Beratungszeiten

Aus 4 gültigen Antworten wurde eine durchschnittliche Beratungszeit von 35,9 Stunden pro Woche (27-46 Stunden) ermittelt. 2 der Einrichtungen gaben an, eine Abendsprechstunde anzubieten. Beratungen am Wochenende oder Feiertags, bzw. rund um die Uhr werden im Landkreis Schwandorf von keiner Einrichtung angeboten.

Eine telefonische Beratung rund um die Uhr steht den Bewohnern des Landkreises Schwandorf durch die Notfallseelsorge des Bistums Regensburg zur Verfügung.

Wartezeiten

In 2 der 4 Einrichtungen müssen die Klienten mit Wartezeiten rechnen. Der SpDi gibt dabei eine Wartezeit von 4 Wochen an, auf einen Termin in der Psychosozialen Suchtberatungsstelle müssen Klienten 2 Wochen warten.

Inanspruchnahme

Abb. 15: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, LK SAD

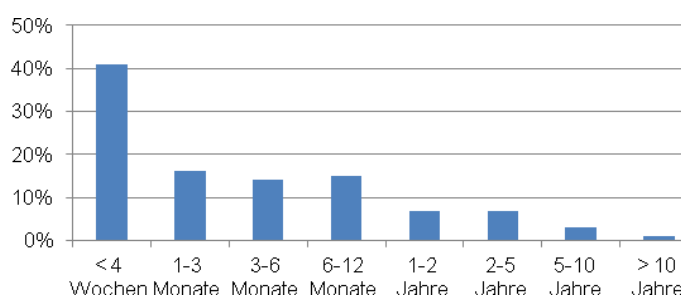
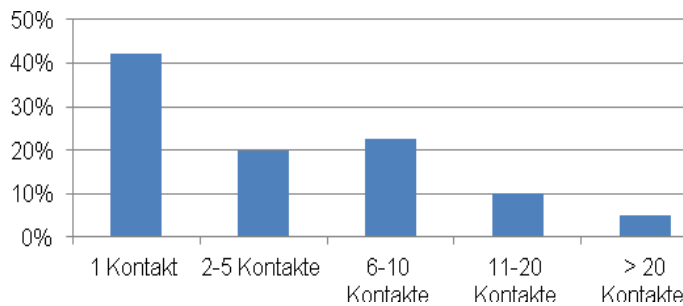


Abb. 16: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, LK SAD



Mehr als 40% der Klienten nehmen die Angebote der Beratungsstellen nicht länger als 4 Wochen in Anspruch und haben nur einen Beratungskontakt. Ca. 15% der Klienten sind länger als ein Jahr in den Beratungsstellen angebunden.

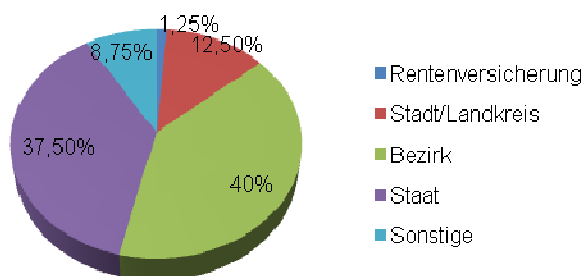
Personal

Nach Angaben der befragten Einrichtungen sind in den 4 Beratungsstellen insgesamt 16,87 Vollzeitstellen mit Fachkräften besetzt, 4,3 davon finden sich in den suchtspezifischen Beratungsstellen.

Bei 6 Fachkräften im Sozialpsychiatrischen Dienst liegt der Versorgungsschlüssel bei 4,2 Fachkräften pro 100.000 EW. Bei Miteinbeziehen der 6,6 Fachkräfte der Beratungsstelle für psychisch Kranke des Gesundheitsamtes ergeben sich 8,8 Fachkräfte pro 100.000 EW.

Kostenträger

Abb. 17, Finanzierung der Beratungseinrichtungen, LK SAD



Mit 40% ist der Staat Hauptkostenträger der Beratungsstellen im Landkreis Schwandorf, 37,5% der Kosten werden vom Bezirk übernommen.

3.1.3.2.2 Arbeitsangebote

Einrichtungen und Platzzahlen

Tab. 23: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote LK Schwandorf

Einrichtungsart	Einrichtungszahl	Platzzahl
Integrationsfirmen	1	18
Werkstätten für Menschen mit Behinderung*	1	20

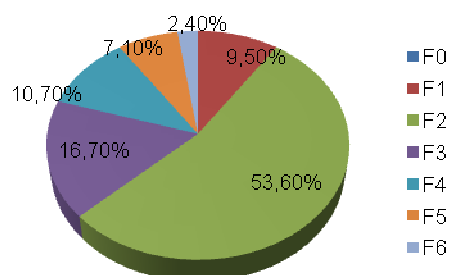
Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung	1	64
Zuverdienst	2	19
Alle Arbeitsangebote	5	121

*Berücksichtigung finden hier nur die nach Angaben der Befragten tatsächlich von psychisch Kranken genutzten Plätze.

Im Landkreis Schwandorf werden insgesamt 5 Arbeitsangebote vorgehalten, die psychisch Kranke beschäftigen. Die Gesamtplatzzahl beläuft sich dabei auf 121.

Klientel

Abb. 18: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10; Arbeitsangebote, LK SAD



Fast 54% der Arbeitsplätze werden von Klienten mit einer schizophrenen Erkrankung in Anspruch genommen, knapp 17% der Klienten leiden unter einer affektiven Störung.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 24: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Arbeitsangebote (n=4*), LK Schwandorf

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	3
Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen	2
Suizidale Personen	2
Fremdgefährliche Personen	2
Pflegebedürftige Personen	3

*Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen

3 der 4 betrachteten Einrichtungen schließen pflegebedürftige und manifest alkoholabhängige Klienten von der Versorgung aus.

Auslastungsquote

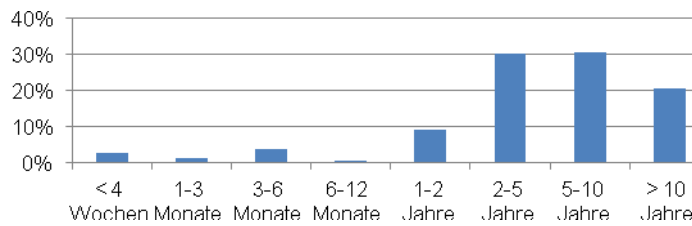
Die Auslastungsquote für das Jahr 2008 lag bei den befragten Einrichtungen im Mittel bei 115%, bei einer Spannweite von 100-145%.

Wartezeiten

Nach Angaben der befragten Arbeitseinrichtungen gibt es im Landkreis Schwandorf keine Wartezeiten für die Klienten.

Inanspruchnahme

Abb. 19: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, Landkreis Schwandorf



Wie Abb. 19 zu entnehmen ist, nehmen über 80% der in den Arbeitseinrichtungen beschäftigten Klienten die Angebote länger als ein Jahr in Anspruch, über 50% der Klienten arbeiten länger als 6 Jahre in den Einrichtungen.

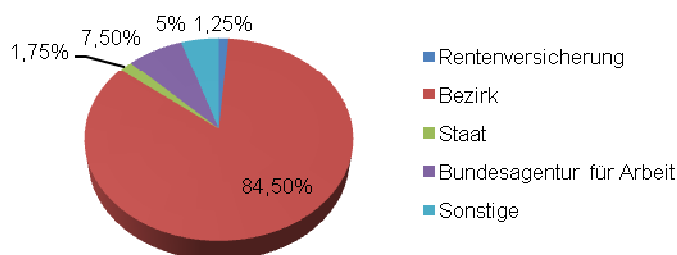
Personal

In den Arbeitsangeboten im Landkreis Schwandorf ergibt sich im Mittel ein Betreuungsschlüssel von 8 Klienten pro Fachkraft. Zu den Fachkräften werden bei den Arbeitsangeboten neben therapeutischem Personal auch Fachanleiter gerechnet.

Konsiliarische Beratung durch Psychiater wird von den Arbeitseinrichtungen im Landkreis Schwandorf nicht in Anspruch genommen.

Kostenträger

Abb. 20: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, LK SAD



Der Bezirk Oberpfalz übernimmt 84,5% der Kosten der Arbeitseinrichtungen im Landkreis Schwandorf.

3.1.3.2.3 Wohnangebote

Einrichtungen und Plätze

Tab. 25: Übersicht Wohneinrichtungen LK SAD

Genaue	Einrichtungszahl
Ambulant betreutes Wohnen	6
Stationäre Wohneinrichtungen	4
Alle Wohnangebote	10

Im Landkreis Schwandorf werden insgesamt 10 Wohneinrichtungen für psychisch Kranke mit einer Gesamtplatzzahl von 250 bis 300 vorgehalten. Dabei handelt es sich um 3 Wohnheime für seelisch Kranke mit insgesamt 5 ambulant betreuten Außenwohngruppen und einer stationären Einrichtung für Suchtkranke, die ebenfalls einen ambulant betreuten Außenwohnbereich vorhält.

Bei einem Rücklauf von 33% bei den Wohneinrichtungen des Landkreises Schwandorf und bei Fehlen der Fragebögen der größten Einrichtungen erfolgte hier aufgrund fehlender Aussagekraft keine differenzierte Auswertung.

3.1.3.2.4 Tagesstätten

Einrichtungen und Plätze, Auslastung, Personal, Kostenträger

Im Landkreis Schwandorf wird mit dem Tageszentrum SchwaTZ eine Tagesstätte für psychisch Kranke mit insgesamt 20 Plätzen angeboten.

Die Tagesstätte ist 33 Stunden pro Woche geöffnet, am Wochenende und an Feiertagen findet keine Betreuung statt. Wartezeiten bestehen nicht, die Auslastung für das Jahr 2008 lag bei 145%.

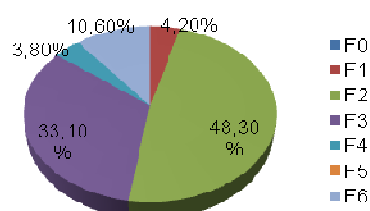
Die Kosten werden zu ca. 90% vom Bezirk übernommen, 10% der Kosten werden von der Diakonie getragen.

Im Tageszentrum arbeiten 2 Sozialpädagogen in Teilzeit (insgesamt eine Vollzeitstelle).

Die 20 Plätze sind nicht durch feste Klienten belegt. Insgesamt finden im Tageszentrum in einer gewöhnlichen Woche ca. 145 Klientenkontakte statt, 140 der Klienten befinden sich im Alter von 18-64 Jahren.

Klientel

Abb. 21: Klienten nach ICD-10-Diagnosen, Tagesstätte, LK SAD

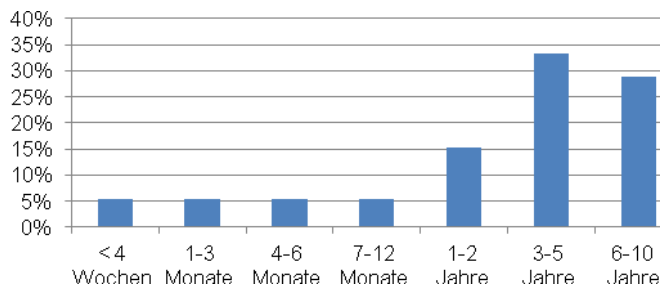


Mit 48% machen die von einer schizophrenen Psychose Betroffenen den größten Prozentsatz der im Tageszentrum betreuten Klienten aus, gefolgt von Klienten, die unter einer affektiven Erkrankung leiden.

Personen mit geistiger Behinderung und pflegebedürftige Personen können im Tageszentrum SchwaTZ nicht betreut werden.

Inanspruchnahme

Abb. 22: Dauer der Inanspruchnahme, Tagesstätten, LK SAD



Über 60% der Klienten besuchen das Tageszentrum seit mehr als 3 Jahren. Zum Zeitpunkt der Befragung existierte die Einrichtung gerade 9 Jahre, weshalb es keine Klienten mit einer Betreuungsdauer von über 10 Jahren gibt.

3.1.3.3 Landkreis Cham

Der Landkreis Cham hält insgesamt 13 Angebote im komplementär-psychiatrischen Bereich vor. Bei einem Rücklauf von 100% konnten alle Einrichtungen in die Auswertung miteinbezogen werden.

Tab. 26: Übersicht komplementäre Angebote, LK CHA

Art des Angebotes	Anzahl der Einrichtungen
Beratungsangebote	5
Arbeitsangebote	2
Tagesstätten	1
Wohnangebote	5

3.1.3.3.1 Beratungsangebote

Einrichtungen

Tab. 27: Beratungseinrichtungen, LK CHA, Übersicht

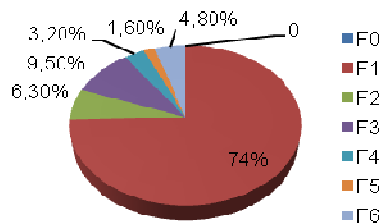
Art des Angebotes	Einrichtungszahl
Beratungsstellen für psychisch Kranke	2
Beratungsstellen für vorrangig Suchtkranke	2
Beratungsangebote für Menschen in schwierigen Lebenssituationen ohne primäre psychiatrische Diagnose	1
Gesamt	5

Im Landkreis Cham stehen den Betroffenen insgesamt 5 Beratungseinrichtungen zur Verfügung, davon 2 Beratungsstellen mit Suchtschwerpunkt, ein Sozialpsychiatrischer Dienst und ein Kriseninterventionsteam (KIT). Kriseninterventionsteams kommen bei Katastrophen oder dramatischen Lebensereignissen zum Einsatz und stehen Betroffenen unmittelbar nach dem Ereignis bei. Da bei den Betroffenen in den meisten Fällen keine psychische

Primärerkrankung vorliegt, sondern am ehesten eine akute Traumatisierung oder Belastungsreaktion, werden die KITs hier gesondert erwähnt und können nur teilweise in die Analysen miteinbezogen werden.

Klientel

Abb. 23: Erstkontakte nach ICD-10-Diagnosen, anteilig in %, Beratungsstellen, LK CHA



Nach Angaben der befragten Beratungseinrichtungen (ohne das Kriseninterventionsteam) handelt es sich in 74% der Beratungsfälle (Erstkontakte) in einem gewöhnlichen Monat um Klienten mit einer Suchterkrankung, knapp 10% der Klienten stellen sich aufgrund einer affektiven Störung vor.

Die Gesamtzahl der Beratungskontakte in einer durchschnittlichen Woche beläuft sich im SpDi auf 60, in den Suchtberatungsstellen zusammen auf 55 pro Woche.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 28: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsstellen (n=5*), LK CHA

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	1
Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen	1
Akut psychotische Personen	2
Suizidale Personen	2
Fremdgefährliche Personen	1
Personen mit geistiger Behinderung	2
Pflegebedürftige Personen	1
Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion	2
Personen die kein oder wenig deutsch sprechen	1

**Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen*

Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Termin beim SpDi beträgt im Durchschnitt 1,5 Wochen, auf einen Termin in Beratungsstellen mit Suchtschwerpunkt eine halbe Woche.

Beratungszeiten

Aus 3 gültigen Antworten wurde eine durchschnittliche Beratungszeit von 36 Stunden pro Woche ermittelt (32-40 Stunden), dabei wurde das Angebot des Kriseninterventions-Teams nicht mit eingerechnet. Der SpDi bietet eine Abendsprechstunde an.

Eine telefonische Beratung rund um die Uhr steht den Bewohnern des Landkreises Cham durch die Telefonseelsorge Ostbayern zur Verfügung.

Inanspruchnahme

Abb. 24: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, LK CHA

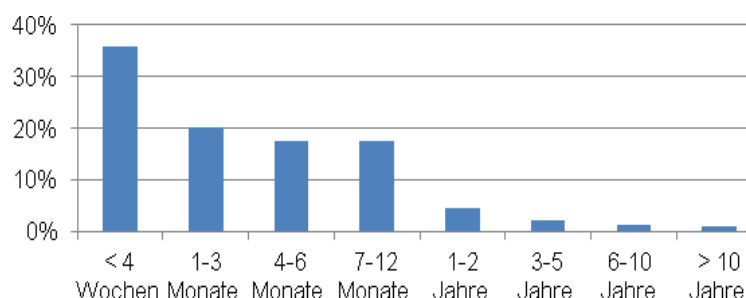
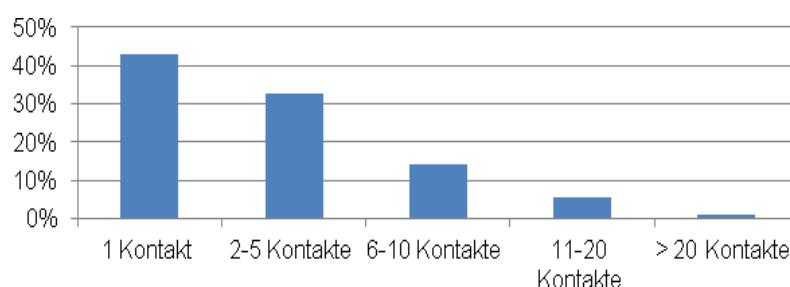


Abb. 25: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, LK CHA



Über 35% der Klienten nehmen die Angebote der Beratungseinrichtungen nicht länger als 4 Wochen in Anspruch, mehr als 40% haben nur einen Beratungskontakt. Knapp 10% sind länger als ein Jahr in den Beratungsstellen angebunden.

Personal

Im Landkreis Cham sind nach Auswertung 4 gültiger Fragebögen in den Beratungsstellen 6 Fachkräfte (Vollzeitstellen) angestellt. 2,5 davon arbeiten in den Beratungsstellen für vorrangig Suchtkranke, 3 im SpDi. Dies ergibt einen Versorgungsgrad von 2,3 Fachkräften pro 100.000 EW in SpDis.

Kostenträger

Nach Angaben der befragten Einrichtungen trägt im Landkreis Cham der Staat 50% der Kosten für Beratungsstellen, 22,5% der Kosten werden vom Bezirk übernommen. Da jedoch von der Fachambulanz für Suchtprobleme keine Angaben zur Finanzierung vorliegen, sind die Zahlen nicht zuverlässig verwertbar.

3.1.3.3.2 Arbeitsangebote

Einrichtungen und Platzzahlen

Tab. 29: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote LK CHA

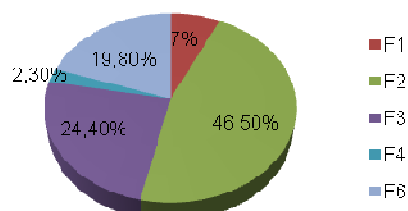
Einrichtungsart	Einrichtungszahl	Platzzahl
Werkstätten für Menschen mit Behinderung	1	24*
Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung	1	63
Alle Arbeitsangebote	2	87

*Berücksichtigung finden hier nur die tatsächlich von psychisch Kranken genutzten Plätze.

Im Landkreis Cham gibt es 2 Einrichtungen mit Arbeitsangeboten für psychisch Kranke Menschen. Insgesamt stehen 87 Plätze in den beiden Einrichtungen zur Verfügung.

Klientel

Abb. 26: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10; Arbeitsangebote, LK CHA



Wie Abb. 28 zu entnehmen werden die Arbeitsangebote im Landkreis Cham zu 46,5% von Klienten mit schizophrenen Psychosen in Anspruch genommen.

Ausgeschlossene Personengruppen

Beide Einrichtungen schließen Klienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, akut psychotische, suizidale und fremdgefährliche Personen von der Versorgung aus. In einer der beiden Einrichtungen werden auch Klienten mit einer manifesten Alkoholabhängigkeit beschäftigt.

Auslastungsquote

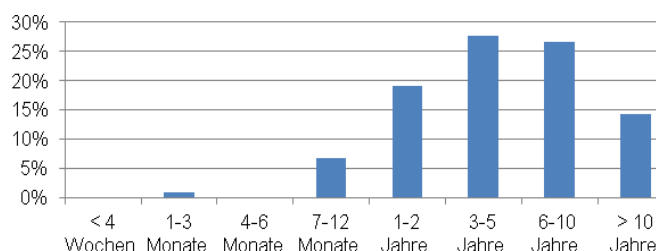
Im Jahr 2008 lag die Auslastungsquote der speziellen Werkstätte für psychisch Kranke laut Fragebogen bei 150%. Die Werkstätte für behinderte Menschen war zu 80% ausgelastet, wobei sich diese Angabe auf die Gesamtzahl der Plätze bezieht, nicht auf die 24 Plätze speziell für psychisch Kranke.

Wartezeiten

Entsprechend der Überauslastung müssen Klienten eine ca. 9-wöchige Wartezeit auf einen Platz in der WfbM in Kauf nehmen. Die WfbM hält keine Wartezeiten vor, wobei aus dem Fragebogen nicht hervorging, ob dies auch für die Plätze speziell für psychisch Kranke gilt.

Inanspruchnahme

Abb. 27: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, LK CHA



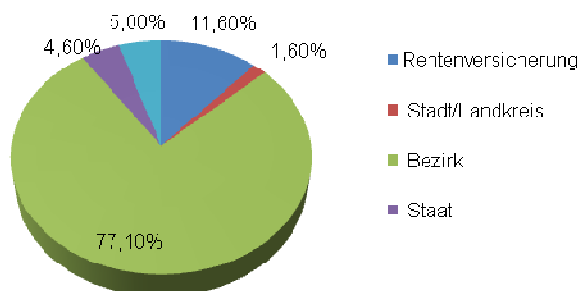
Mehr als 75% der Klienten nehmen die Arbeitsangebote länger als ein Jahr in Anspruch, 40% länger als 6 Jahre.

Personal

Leider liegen zur personellen Besetzung dieser Einrichtungen keine aussagekräftigen Angaben vor.

Kostenträger

Abb. 28: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, LK CHA



Mit einer Übernahme von 77% aller Ausgaben ist der Bezirk Oberpfalz der Hauptkostenträger der Arbeitseinrichtungen im Landkreis Cham.

3.1.3.3 Wohnangebote

Einrichtungen und Plätze

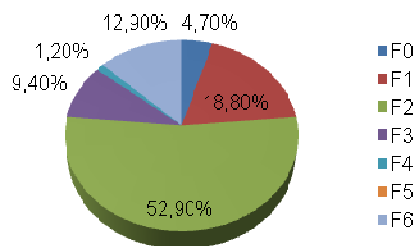
Tab. 30: Übersicht Wohneinrichtungen LK CHA

Genaue Angebotsbezeichnung	Einrichtungszahl	Platzzahl
Ambulant betreutes Einzelwohnen (in eigener	1	24
Ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	1	17
Stationäre Wohneinrichtungen	3	200
Alle Wohnangebote	5	241

Der Landkreis Cham verfügt über 5 Wohnangebote für psychisch Kranke, insgesamt stehen 241 Plätze zur Verfügung. Für Suchtkranke werden dabei im ambulant betreuten Bereich 17 Plätze, im stationären Bereich 66 Plätze vorgehalten.

Klientel

Abb. 29: Klienten in Wohneinrichtungen nach ICD-10, LK CHA



Nach den Angaben der befragten Einrichtungen leiden 52% der in den Wohneinrichtungen lebenden Klienten unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, 19% unter einer Suchterkrankung. Da jedoch ein deutlich höherer Anteil an suchtspezifischen Wohnplätzen zur Verfügung steht (34% der Gesamtzahl der Wohnplätze), sind diese Zahlen möglicherweise nicht ganz korrekt was unter anderem durch teilweise fehlende Angaben zu den Diagnosen der Klienten bedingt sein könnte.

Ausgeschlossene Personengruppen

Tab. 31: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Wohnangebote (n=5), LK Cham

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	1
Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen	2
Akut psychotische Personen	4
Suizidale Personen	4
Fremdgefährliche Personen	3
Personen mit geistiger Behinderung	1
Pflegebedürftige Personen	3
Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion	1

**Miteinbezogen wurden nur die Einrichtungen, von denen Angaben zu dieser Fragestellung vorlagen*

4 der 5 betrachteten der Einrichtungen können keine Betreuung akut suizidaler oder akut psychotischer Klienten übernehmen.

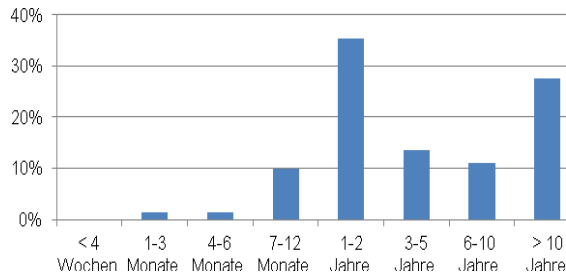
Auslastungsquote und Wartezeiten

Die durchschnittliche Auslastungsquote der Wohnangebote im Jahr 2008 lag bei 99%

In allen Einrichtungen bestehen Wartezeiten bis zur Aufnahme. Die durchschnittliche Wartezeit von Antragstellung bis Maßnahmenbeginn wurde mit 23,8 Wochen (Spannweite 8 - 53 Wochen) angegeben.

Inanspruchnahme

Abb. 30: Dauer der Inanspruchnahme, Wohnangebote, LK CHA



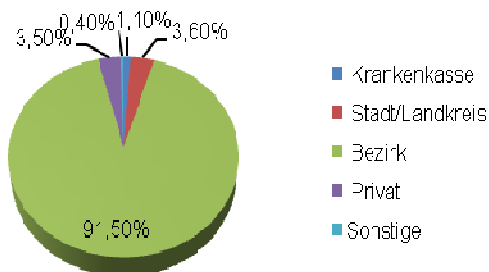
87% der Klienten werden ein Jahr oder länger von den Einrichtungen betreut, fast 30% länger als 10 Jahre.

Personal

In den Wohneinrichtungen im Landkreis Cham sind insgesamt 81 Fachkräfte beschäftigt, davon 75 im Bereich des stationären, nur 6 im Bereich des ambulant betreuten Wohnens. Die hohe Zahl an Fachkräften im stationären Bereich erklärt sich durch 64 Pflegekräfte im Haus Margarita, einem Pflegeheim für psychisch Kranke.

Kostenträger

Abb. 31: Finanzierung der Wohnangebote nach Plätzen, LK CHA



Ca. 92% der Kosten der Wohnangebote, die patientenbezogen und überwiegend über Tages- und Pflegesätze abgerechnet werden, werden vom Bezirk Oberpfalz bzw. über die Sozialhilfeverwaltung finanziert.

3.1.3.3.4 Tagesstätten

Plätze, Öffnungszeiten, Auslastung, Kostenträger und Personal

Mit dem Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Zentrums Haus am Klosterberg wird im Landkreis Cham eine Tagesstätte für psychisch Kranke mit insgesamt 20 Plätzen angeboten.

Die Tagesstätte ist 49 Stunden pro Woche geöffnet, am Wochenende und an Feiertagen findet keine Betreuung statt. Wartezeiten bestehen nicht, die Auslastung für das Jahr 2008 lag bei 105%.

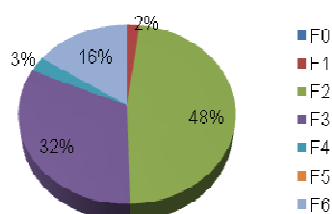
Die Kosten werden zu ca. 90% vom Bezirk übernommen, 10% der Kosten wurden „sonstigen Kostenträgern“ zugeordnet.

Im Tageszentrum arbeiten 2 Sozialpädagogen in Vollzeit.

Das Tageszentrum erfüllt zum einen eine niederschwellige Kontaktstellenfunktion für eine Vielzahl an Klienten und bietet zum anderen längerfristige Beschäftigungsprogramme an. Die 20 Plätze sind nicht durch 20 feste Klienten belegt. Insgesamt finden im Tageszentrum in einer gewöhnlichen Woche ca. 120 Klientenkontakte statt, 110 der Klienten befinden sich im Alter von 18-64 Jahren.

Klientel

Abb. 32: Klienten nach ICD-10-Diagnosen, LK CHA



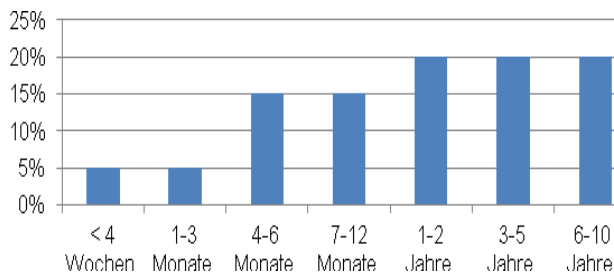
Mit 48% machen die von einer schizophrenen Psychose Betroffenen den größten Prozentsatz der im Tageszentrum betreuten Klienten aus.

Ausgeschlossene Personengruppen

Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit, mit Abhängigkeit von illegalen Drogen sowie Personen mit fremdgefährlichen Tendenzen sind von der Versorgung im Tageszentrum ausgeschlossen. Personen mit geistiger Behinderung und pflegebedürftige Menschen können ebenfalls nicht betreut werden.

Inanspruchnahme

Abb. 33: Dauer der Inanspruchnahme, Tagesstätte, Landkreis Cham



60% der Klienten besuchen das Tageszentrum bereits länger als ein Jahr. Zum Zeitpunkt der Befragung existierte die Einrichtung gerade 10 Jahre, weshalb es keine Klienten mit einer Betreuungsdauer von über 10 Jahren gibt.

3.1.3.4 Zusammenfassende Beschreibung der komplementären Einrichtungen in der betrachteten Versorgungsregion*

Tab. 32: Komplementäre Versorgung, Indexregion

	Stadt/Landkreis Regensb.		Landkreis Schwandorf		Landkreis Cham	
	Plätze bzw. Fachkräfte, Anzahl absolut	pro 100.000 EW	Plätze bzw. Fachkräfte, Anzahl absolut	pro 100.000 EW	Plätze bzw. Fachkräfte, Anzahl absolut	pro 100.000 EW
Beratungsstellen	33,15 FK	10,4 FK	16,87 FK	11,8 FK	6 FK	4,7 FK
Arbeitsangebote	739 Pl.	232,9 Pl.	121 Pl.	84,6 Pl.	87 Pl.	67,5 Pl.
Arbeitsangebote /Rehabilitation	526 Pl.	165,8 Pl.	0	0	0	0
Wohnen stat.	103	32,4 Pl.	221	155	200	155,6 Pl.
Wohnen amb.	147	46,3 Pl.	51	35,7	41	31,9 Pl.
Betreutes Wohnen in Familien	15	4,7 Pl.	0	0	0	0
Wohnen gesamt	265 Pl.	83,6 Pl.	272	190	241	187,6 Pl.
Tagesstätten	52 Pl.	16,4 Pl.	20 Pl.	14 Pl.	20 Pl.	15,6 Pl.

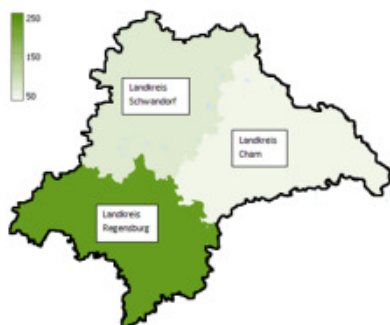
*die Zahlen wurden ergänzt durch Angaben der Psychiatriekoordinatorin

Eine Übersicht über die errechneten Platzzahlen pro 100.000 EW für die Bereiche Arbeit, stationäres Wohnen, ambulant Wohnen und Tagesstätten ist neben Tab. 32 auch den nachfolgenden Abbildungen zu entnehmen.

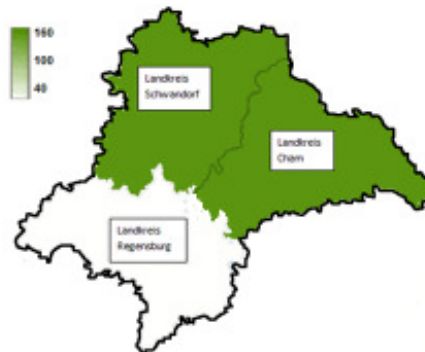
3.1.3.4.1 Platzzahlen*

Abb. 34 Versorgungsdichte nach Einrichtungen

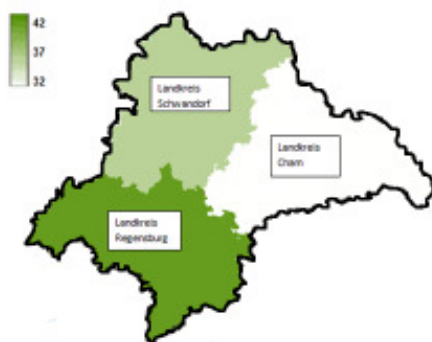
Plätze in Arbeitsangeboten
pro 100.000 EW (>18 J.)



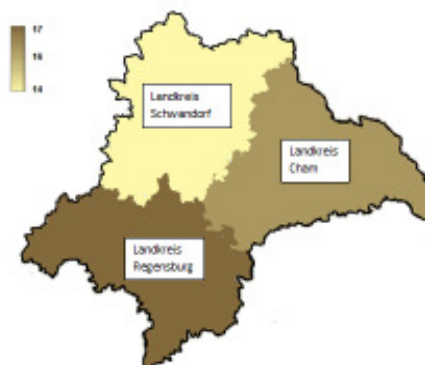
Plätze in Wohnheimen
pro 100.000 EW (>18J.)



Plätze Ambulant betreutes Wohnen
pro 100.000 EW (>18 J.)



Plätze in Tagesstätten
pro 100.000 EW (>18.J.)



*die Zahlen wurden ergänzt durch Angaben der Psychiatriekoordinatorin

Aus den Abbildungen wird ersichtlich, dass der Landkreis Regensburg im Vergleich zu den beiden anderen Landkreisen hinsichtlich Beratungsstellen, ambulantem Wohnen sowie bei Tagesstätten eine höhere Platzdichte aufweisen kann. Im Bereich des stationären Wohnens finden sich dahingegen deutlich mehr Plätze pro 100.000 EW in den Landkreisen Cham und Schwandorf.

3.1.3.4.2 Übersicht über alle Leistungserbringer im Indexgebiet

Abb. 35: komplementär-psychiatrische Einrichtungen im Indexgebiet

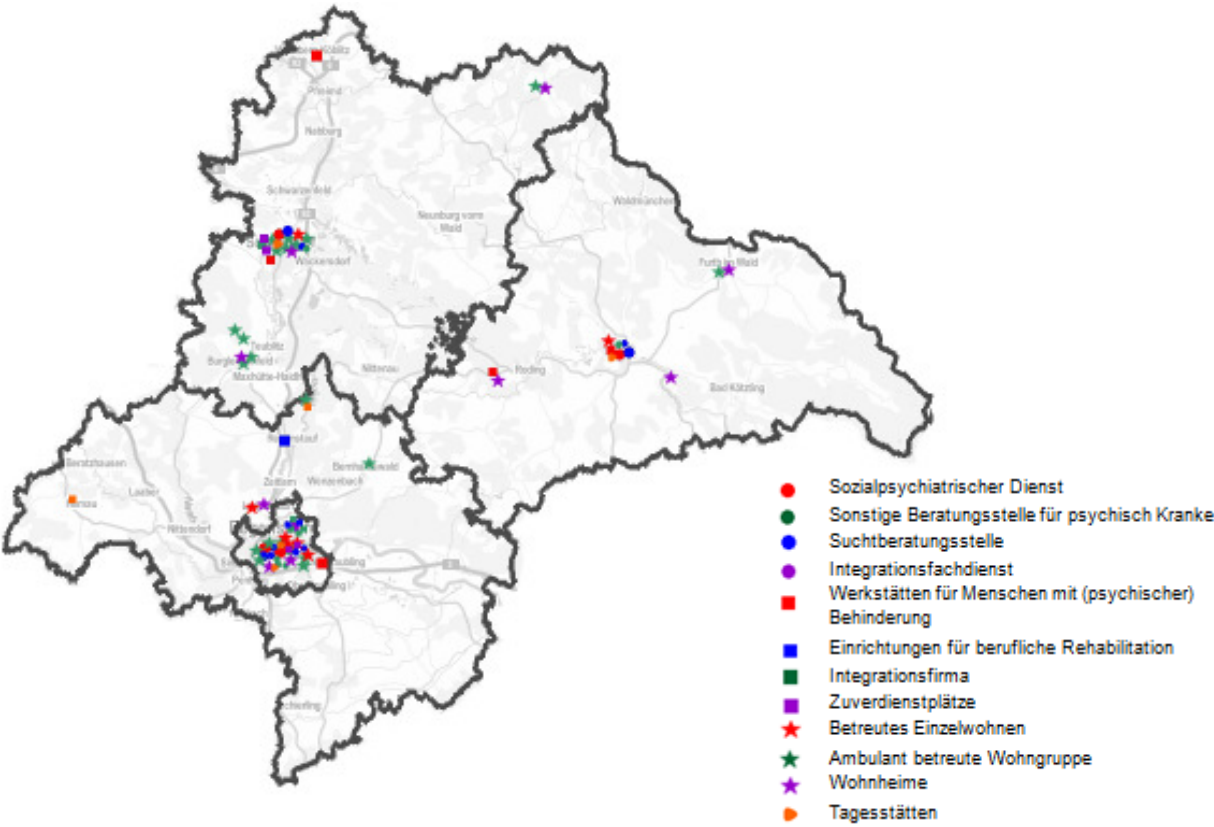
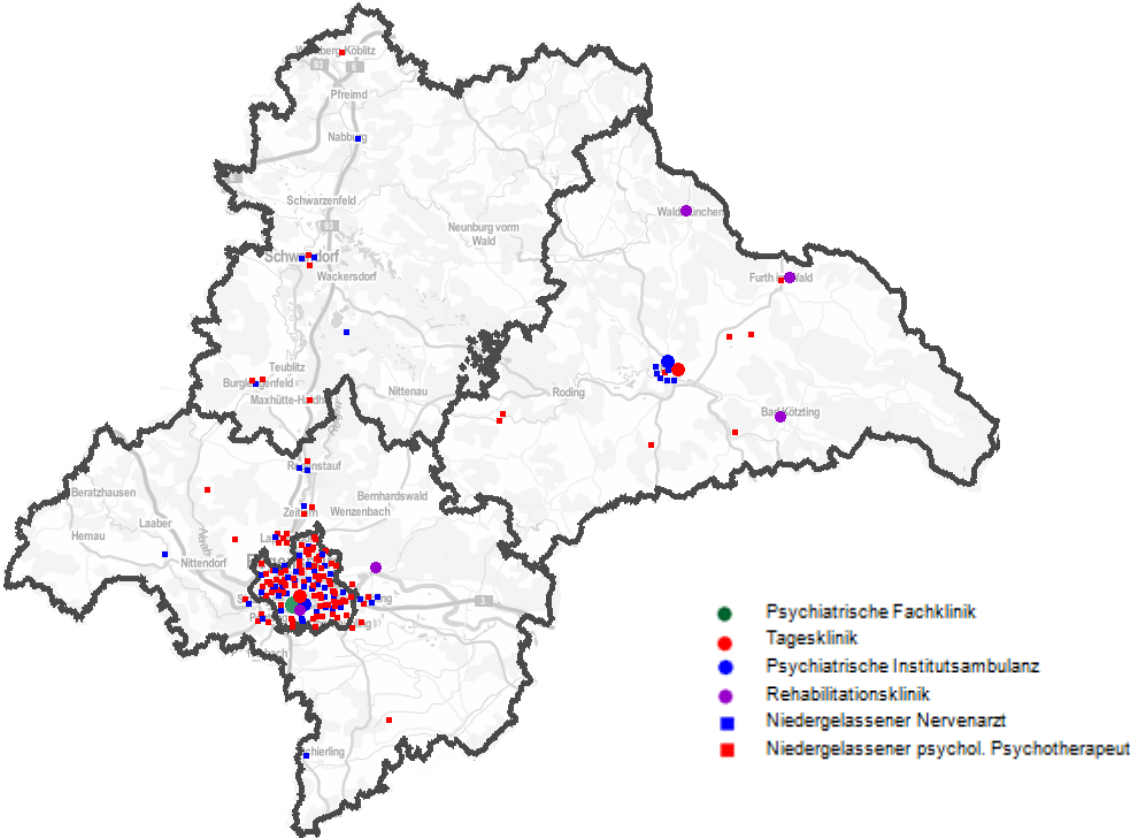


Abb. 36: Psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung



3.1.3.4.3 Auslastung und Wartezeit

Tab. 33: Auslastung und Wartezeit nach Einrichtungsart

	Beratung	Arbeit	Wohnen	Tagesstätten
Durchschnittliche Auslastung 2008	-	105%	95,1%	108,3%
Durchschnittliche Wartezeit in Wochen	1 (0-4)	6,8 (0-50)	20,9 (0-80)	0

Bei Betrachtung der Einrichtungen aller Landkreise nach Einrichtungsart zeigt sich für Tagesstätten mit 108,3% die höchste durchschnittliche Auslastung. Wartezeiten müssen die Klienten bei Tagesstätten nicht in Kauf nehmen.

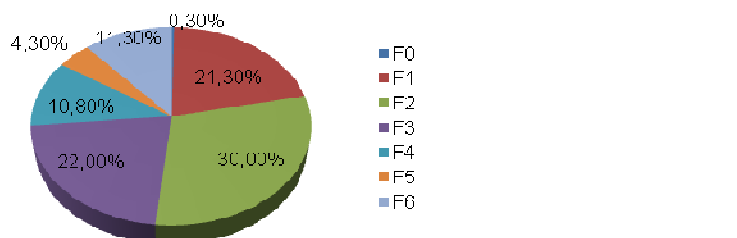
Tab. 34: Auslastung und Wartezeit in Wohneinrichtungen (WE) ohne Suchteinrichtungen

	ambulant betreute WE	stationäre WE
Durchschnittliche Auslastung 2008	99,4%	97,2%
Durchschnittliche Wartezeit in Wochen	33,3 (8-80)	19,8 (6-53)

Im Bereich der Wohnangebote muss mit langen Wartezeiten gerechnet werden, bei den ambulanten Wohnangeboten beträgt die Wartezeit bis zu 80 Wochen.

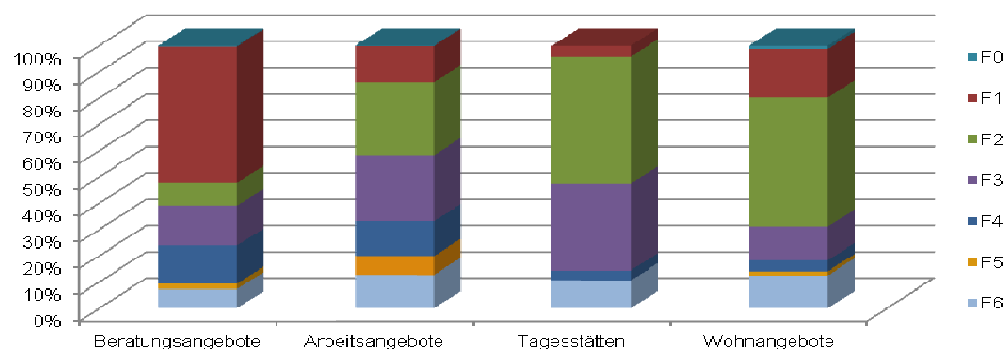
3.1.3.4.4 Klientel

Abb. 37: Diagnosenverteilung nach ICD-10, alle Einrichtungen, alle Landkreise



Wie Abb. 37 zu entnehmen stellen Menschen mit schizophrenen Psychosen und affektiven Erkrankungen zusammen mit Suchterkrankten die Hauptklientel der komplementären Einrichtungen der Indexregion dar.

Abb. 38: Diagnosen nach Einrichtungen



Im diagnosenspezifischen Vergleich der Einrichtungsarten zeigt sich eine hohe Inanspruchnahme der Beratungsstellen durch Klienten mit Suchterkrankungen (51,9%). Arbeitseinrichtungen werden in ähnlichem Maße von Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (27,7%), Klienten mit affektiven Erkrankungen (25,1%) in Anspruch genommen.

Abb. 39: Diagnosenverteilung im Bereich Wohnen

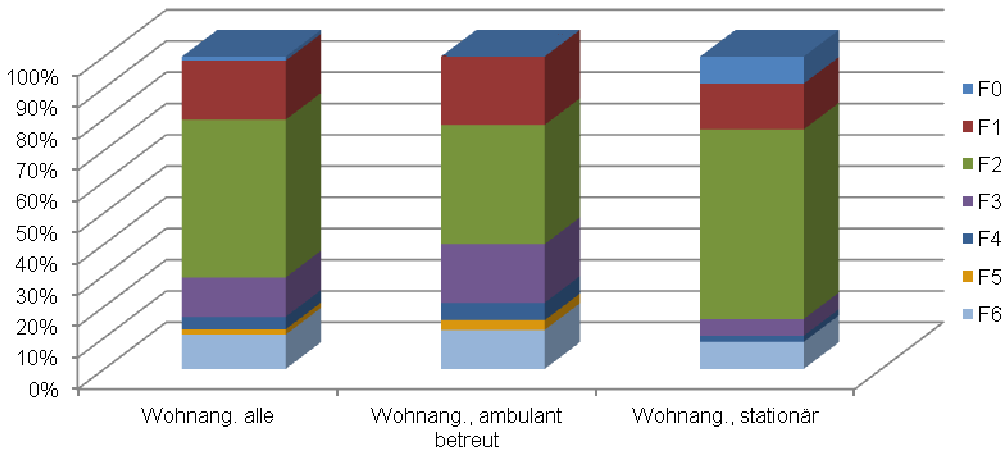


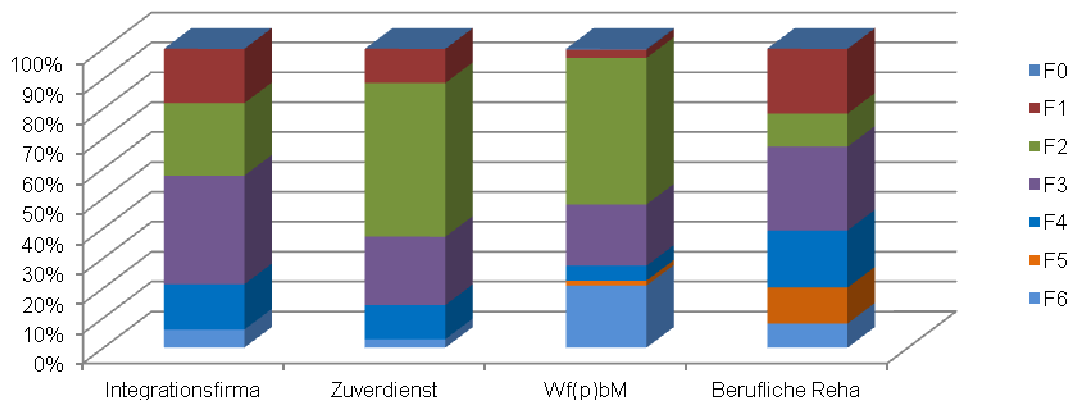
Abb. 39 zeigt die hohe Inanspruchnahme der Hilfen zum Wohnen durch Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, insbesondere im Bereich des stationären Wohnens. Der geringe Anteil von Klienten mit F0-Diagnosen in Wohneinrichtungen erklärt sich zum einen durch das betrachtete Patientenkontext (Alter von 18 bis 64 Jahre), zum anderen dadurch, dass Altenheime mit geschlossenen Stationen nicht generell berücksichtigt wurden, sondern nur solche mit Spezialangeboten für psychisch kranke Menschen.

Tab. 35: Aufteilung der Klienten in ambulante und stationäre Wohnformen nach Diagnosen

Landkreis		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Regensburg	ambulant	0	85%	48%	88%	67%	100%	57%
	stationär	0	15%	52%	12%	33%	0	43%
Cham	ambulant	0	0	22%	63%	100%	0	45%
	stationär	100%	100%	78%	37%	0	0	65%

Wie Tabelle 35 zu entnehmen ist, können im Stadt und Landkreis Regensburg 48% der Klienten mit schizophrenen Psychosen in ambulant betreuten Wohneinrichtungen leben, wohingegen im Landkreis Cham nur 22% dieser Klienten ambulant betreut wohnen.

Abb. 40: Diagnosenverteilung im Bereich Arbeit



Im Bereich der Zuverdienstplätze sowie in den Wf(p)bMs zeigt sich eine hohe Inanspruchnahme durch Klienten mit schizophrenen Psychosen, die in Integrationsfirmen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen vergleichsweise gering vertreten sind.

3.2 Kooperationsanalyse

3.2.1 Auswertung der regionalen Kooperationspraxis nach Fragebogenergebnissen

3.2.1.1 Kooperationsverhalten beeinflussende Faktoren

Kooperationerschwappende Faktoren (43 gültige Fragebögen):

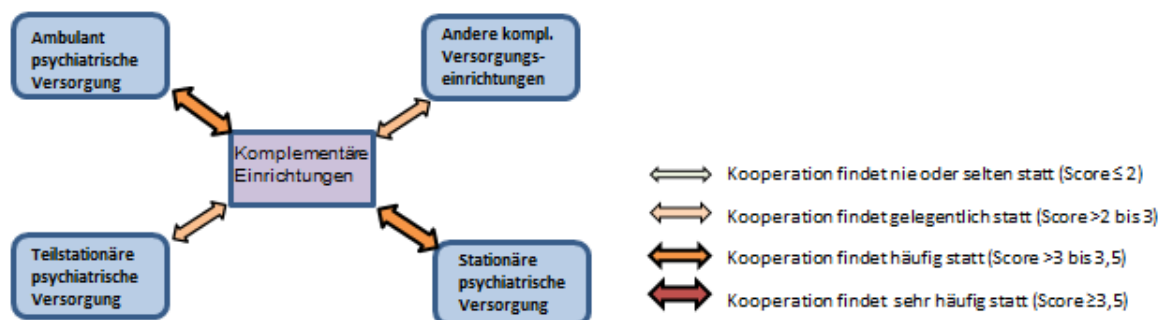
- lange Wartezeiten (13 Nennungen)
- Zeitmangel (9 Nennungen)
- mangelnder Informationsfluss (8 Nennungen)
- Datenschutz und Schweigepflicht (5 Nennungen)

Kooperationserleichternde Faktoren (48 gültige Fragebögen)

- persönlicher Kontakt (31 Nennungen)
- regelmäßiger Austausch (22 Nennungen)
- Mitarbeit in Gremien (21 Nennungen)
- Mitarbeiterkonstanz (16 Nennungen)
- Kenntnis der bestehenden Strukturen (8 Nennungen)

3.2.1.2 Kooperationshäufigkeit der komplementären Einrichtungen

Abb. 41 Kooperationshäufigkeit der komplementären Einrichtungen mit den Versorgungssektoren ambulant, stationär, teilstationär und komplementär



Wie aus Abb. 41 ersichtlich, gaben die befragten Einrichtungen an, häufig mit ambulanten Versorgern, d.h. mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, sowie mit Psychiatrischen Institutsambulanzen zusammenzuarbeiten. Auch mit stationären Einrichtungen wird häufig kooperiert, während mit teilstationären Angeboten und anderen komplementären Versorgungseinrichtungen nur gelegentlich zusammengearbeitet wird.

Abb. 42 Kooperationsintensität der Einrichtungen nach Landkreisen

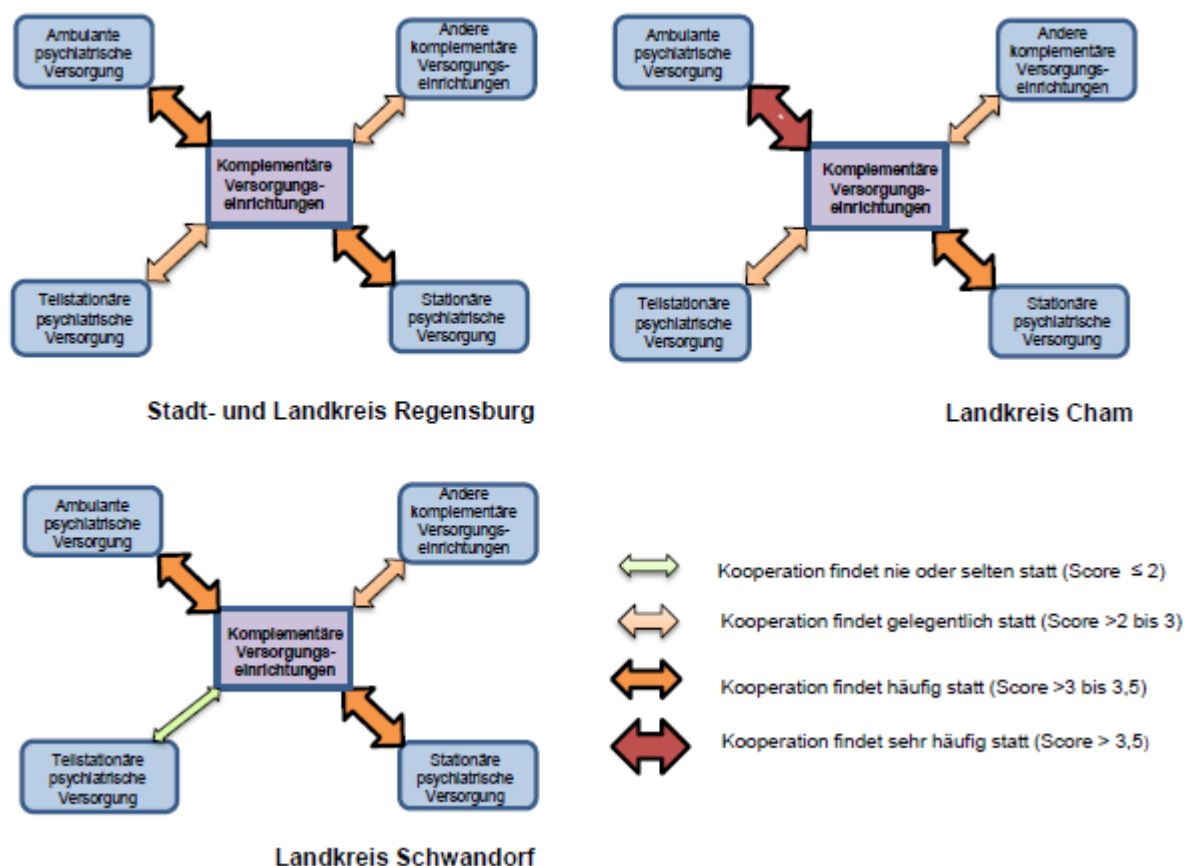
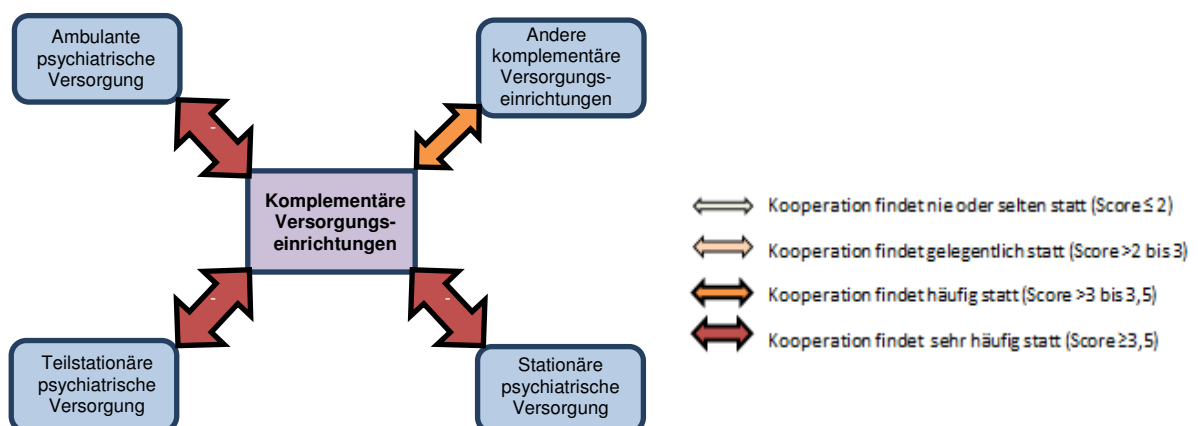


Abb.42 stellt einen Vergleich der Kooperationshäufigkeiten der komplementären Einrichtungen im Landkreisvergleich dar. Betrachtet wurden dabei alle Einrichtungsarten. Wie aus der Abbildung hervorgeht, zeigen die Einrichtungen der verschiedenen Landkreise eine ähnliche Kooperationshäufigkeit zu Kliniken, mit denen eine häufige Zusammenarbeit angegeben wird. Auch in der Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Kooperationshäufigkeit, die Einrichtungen aller Landkreise gaben im Durchschnitt an, nur gelegentlich mit anderen Leistungserbringern aus dem komplementären Sektor zusammenzuarbeiten. Im Bereich der Kooperationshäufigkeit mit ambulanten Versorgern ergab sich eine größere Häufigkeit an Kooperationskontakten der Einrichtungen im Landkreis Cham. Bei Betrachtung der Zusammenarbeit mit Tageskliniken zeigte sich für den Landkreis Schwandorf, dass in diesem Bereich kaum Kooperationskontakte bestehen.

Abb. 43 Kooperationsintensität der Sozialpsychiatrischen Dienste (alle Landkreise)



Die Sozialpsychiatrischen Dienste kooperieren sehr häufig mit Leistungserbringern der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung, sowie häufig mit anderen komplementären Leistungserbringern.

3.2.1.3 Mitarbeit in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften

95,3% aller befragten Einrichtungen gaben an, in einer der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bzw. im Suchtarbeitskreis mitzuarbeiten. Im Stadt und Landkreis Regensburg belief sich der prozentuale Anteil auf 92,3%, im Landkreis Schwandorf auf 83,3%. Im Landkreis Cham sind 100% der befragten Einrichtungen Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

3.2.1.4 Institutionalisierte Formen der Zusammenarbeit

Tab. 36: Prozentualer Anteil an Kooperationspartnern, mit denen Kooperation in institutionalisierter Form stattfindet

Alle LK, alle Angebote	14,9%
R-S und LK R	13,9%
LK SAD	13,3%
LK CHA	19,2%
SpDis, alle LK	40%

3.2.2 Ergebnisse der qualitativen Kooperationsanalyse

3.2.2.1 Workshops bei der Fachtagung der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Aus den Diskussionen in den Workshops mit dem Schwerpunkt Kooperationsverhalten der PIAs in Bezug auf komplementäre Einrichtungen ergaben sich folgende Kernaussagen:

Als Kooperationshindernisse wurden vorrangig folgende Bedingungen eingestuft: Zeitmangel, Interessenskonflikte und Konkurrenzdenken, falsche und unrealistische Erwartungshaltung an den Kooperationspartner, Unkenntnis der Angebote und Strukturen, wechselnde Ansprechpartner sowie eine hohe Hemmschwelle bei der ersten Kontaktaufnahme.

Als kooperationserleichternd bzw. kooperationsfördernd wurden folgende Bedingungen genannt: persönliche Kontakte, das Vorhandensein klarer Ansprechpartner, kurze Informationswege, gemeinsame Ziele, verbindliche Absprachen, regelmäßige Kontakte im Sinne einer institutionalisierten Kooperation und gegenseitige Wertschätzung

Weiter zeigte sich nach den Erfahrungen der Teilnehmer, dass Kooperation sowohl auf informeller, als auch auf vertraglich vereinbarter Grundlage stattfinde. Kooperationsvereinbarungen seien demnach dann hilfreich, wenn schwierige Situationen wie Interessenskonflikte oder eine hohe Personalfluktuations ohne vertragliche Grundlage möglicherweise zum Kooperationsabbruch führen könnten.

Die Überwindung anfänglicher Hürden wurde als insgesamt lohnend eingestuft, da eine längerfristig funktionierende Kooperation zu einer wesentlichen Arbeitserleichterung und Verbesserung der Versorgungsqualität führten.

3.2.2.2 Fokusgruppen der Förderinitiative der Bundesärztekammer

Grundsätzlich sind beim Thema Kooperation im Kontext des psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungssystems zwei Ebenen zu betrachten. Kooperiert wird zum einen fallbezogen, zum anderen auf der Ebene institutioneller Vernetzung.

Kooperation heißt für die Diskussionsteilnehmer vorrangig Informationsaustausch über die Grenzen von Professionen, Institutionen und Kostenträger hinweg. Weiter wurde der Aspekt der Teilung von Verantwortlichkeiten betont, wobei jeder der beteiligten Akteure mit seiner Expertise zum bestmöglichen Ergebnis beitragen solle. Kooperation eröffne den Einblick in andere Sicht- und Herangehensweisen und bringe Möglichkeiten mit sich, von den Kompetenzen anderer Kooperationsteilnehmer zu profitieren und sich gegenseitig zu ergänzen.

Im speziellen Fall der psychiatrischen Versorgung gibt es eine Vielzahl an beteiligten Akteuren, wobei unter anderem im stationären Bereich tätige Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter, niedergelassene Therapeuten, Institutionen wie das Gesundheitsamt, spezielle komplementäre Dienste und diverse Beratungsstellen sowie gesetzliche Betreuer und Angehörige zu nennen sind. Eine besondere Bedeutung in der Kooperationspraxis nehmen aufgrund des fragmentierten Versorgungssystems die verschiedenen Kostenträger ein.

Durch Kooperation werden verschiedene Zielstellungen verfolgt, wobei hierbei einzelfallbezogene Kooperation und Kooperation auf institutioneller Ebene gesondert zu betrachten sind. Bei einzelfallbezogener Kooperation stehe die Bestrebung im Mittelpunkt, schnell und effektiv das individuell beste Behandlungskonzept für den jeweiligen Patienten zu erarbeiten.

Im Bereich der institutionellen Vernetzung im Rahmen von Gremienarbeit soll durch Versorgungsplanung dazu beigetragen werden, Doppelstrukturen zu vermeiden, Bedarfe zu ermitteln und somit effizient die bestmögliche Versorgung der psychiatrischen Patienten zu gewährleisten.

In der Diskussion wurden multiple Faktoren genannt, welche die Kooperationspraxis im Positiven wie im Negativen beeinflussen.

Als Kooperationshindernisse wurden dabei unter anderem Zeitmangel, Schwierigkeiten durch die Vielzahl an Kostenträger, divergierende Interessen der Kooperationspartner, frustrane Kooperationserfahrungen aufgrund fehlender Kapazitäten, die fehlende Vergütung insbesondere bei nicht fallbezogener Kooperation sowie ein hoher bürokratischer Aufwand, bedingt durch Datenschutz und Schweigepflicht genannt.

Weiter führten Vertreter der komplementären Einrichtungen Schwierigkeiten speziell im Aufbau von Kooperationsverbindungen mit dem stationären Bereich an. Besonders das Kooperationsverhalten der Ärzte wurde in der Diskussion als relativ starr innerhalb der eigenen Profession eingeschätzt. Die Ärzte im stationären Bereich leiteten demnach vorrangig eine medizinische Weiterbehandlung durch niedergelassene Psychiater oder Nervenärzte in die Wege. Die Anbindung an komplementäre Einrichtungen nähme dabei

einen geringen Stellenwert ein. Eine Zusammenarbeit zwischen stationär und komplementär komme in erster Linie dann zustande, wenn der Sozialdienst der Klinik in die Behandlung mit eingebunden werde, was aufgrund tendenziell kürzerer Verweildauern und bei kurzen Krisenaufenthalten nicht immer der Fall sei. Die geringe interdisziplinäre Kooperationsbereitschaft seitens der Ärzte wird vorrangig auf mangelnde Kenntnis der bestehenden komplementären Strukturen und Angebote zurückgeführt. Als weiterer erschwerender Faktor wurde in diesem Zusammenhang der häufige Wechsel der behandelnden Ärzte im klinischen Bereich genannt, bedingt durch die Rotationen der Assistenzärzte im Rahmen der Weiterbildung.

Kooperation wird insgesamt als stark personenabhängig beschrieben, was zum Stillstand der Kooperationsbemühungen bei Abwesenheit der betreffenden Person oder zum Abbruch bestehender Kooperationsverbindungen bei Personalwechsel führen könne.

Das Fehlen institutionalisierter und personenunabhängiger Kooperation zwischen Einrichtungen bringe weiter mit sich, dass funktionierende Zusammenarbeit von der Kooperationsmotivation von Personen an Schlüsselstellen abhängt, oder bei bestehenden Differenzen einzelner Personen beeinträchtigt werde.

Kooperation funktioniere am besten, wenn sich die beteiligten Akteure bereits gut kennen, und schon in der Vergangenheit zusammengearbeitet wurde. Das Wissen um die Arbeitsweisen, Strukturen und Angebote der Kooperationspartner spiele eine wichtige Rolle. Kurze Wege im Sinne einer räumlichen Nähe, sowie unkomplizierte und unbürokratische Kontaktaufnahme wurden weiter als kooperationserleichternd genannt. So werde häufig der telefonische Weg gewählt, möglichst im Beisein des Patienten, um damit auch Hürden des Datenschutzes bzw. der Schweigepflicht zu umgehen. Kooperationsfördernd sei eine Haltung gegenseitiger Wertschätzung, Akzeptanz und Offenheit in der Zusammenarbeit, sowie das Vorhandensein von Empathie und eines gewissen Idealismus bei den beteiligten Akteuren.

In Stadt und Landkreis Regensburg finde einzelfallbezogene Kooperation in institutionalisierter Form im Rahmen der sozialpsychiatrischen Sprechstunden der SpDis am Bezirksklinikum statt, wobei seitens der SpDis mangelnde Kenntnis dieses Termins seitens der Stationsärzte, und damit häufig eine geringe Anzahl vorgestellter Patienten beklagt wird. Am Gesundheitsamt wird monatlich ein sozialpsychiatrischer Sprechtag angeboten, der von einer Sozialpädagogin des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit einem Oberarzt des Bezirksklinikums geleitet wird. Weiter werden bei Bedarf psychiatrische Fallkonferenzen durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund angesetzt, an denen neben aktuellen und potentiell zukünftigen Behandlern auch die jeweiligen Kostenträger anwesend sind. Diese Fallkonferenzen finden im Beisein des betroffenen Patienten statt.

Nicht institutionalisierte, einzelfallbezogene Kooperation spielt sich beispielsweise in Form begleiteter Vorstellungstermine der Patienten in angedachten Einrichtungen oder in Form von Übergabegesprächen, telefonisch oder im persönlichen Gespräch ab. Diese Art der Kooperation gehe häufig den Weg vom Klinikarzt zum Sozialdienst der Klinik, der dann mit den komplementären Einrichtungen kooperiere. Einzelfallbezogene, nicht institutionalisierte Kooperation sei in hohem Maße personenabhängig, intuitiv, meist unbürokratisch und durch oft langjährige persönliche Bekanntschaft der Kooperationspartner geprägt.

Auf der Ebene der institutionalisierten Kooperation spielt die Mitarbeit in Gremien wie den PSAGen, den Suchtarbeitskreisen oder dem Planungs- und Koordinierungsausschuss auf Bezirksebene eine wichtige Rolle.

4 Diskussion

4.1 Diskussion des methodischen Vorgehens

Die für die Erhebung konzipierten Fragebögen beinhalteten über die Angabe von Einrichtungs- und Platzzahlen hinaus Informationen zum genauen Versorgungsangebot, zu Personalausstattung, diagnosenspezifischer Inanspruchnahme, Auslastung der Einrichtungen und Wartezeiten, sowie über das Kooperationsverhalten der befragten Einrichtungen.

Als Limitationen für die Qualität der Ergebnisse sollen insbesondere die Heterogenität der Datenqualität in den ausgefüllten Fragebögen genannt werden. Die enthaltenen Informationen, bei denen es sich um Selbstauskünfte der Einrichtungen handelt, konnten lediglich auf innere Schlüssigkeit jedoch nicht auf externe Validität überprüft werden. Weiter können die Ergebnisse durch eine in Teilbereichen niedrige Rücklaufquote verzerrt sein.

Platzzahlen der fehlenden Einrichtungen konnten bei bezirksfinanzierten Einrichtungen aus einer Übersicht der Psychiatriekoordinatorin ermittelt werden.

Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erreichen, wurden im Vorfeld telefonische Kurzinterviews geführt. Nach einem gewissen Zeitraum wurden die Einrichtungen, deren Fragebögen noch nicht zurückgekommen waren, erneut telefonisch kontaktiert.

Für eine lückenlosere Darstellung bei zukünftigen Untersuchungen könnten die Einrichtungen persönlich besucht werden und die Ansprechpartner vor Ort befragt werden, so wie dies in der Erhebung der psychiatrischen Versorgungslage in Sachsen-Anhalt von 1996 bis 1998 (Wetzig) gehandhabt wurde. Dies könnte auch zu einer Steigerung der Datenqualität beitragen, da Missverständnisse hinsichtlich der Fragestellungen vor Ort geklärt werden könnten. Eine stichprobenartige Überprüfung der Angaben könnte darüber hinaus zur Abschätzung der Validität der Selbstauskünfte beitragen. Dazu wäre jedoch die Bereitschaft der Einrichtungen zu einer derartigen Überprüfung notwendig.

Methodische Schwierigkeiten ergaben sich vereinzelt bei der Zuordnung der Einrichtungen zu den 4 Hauptkategorien. Insbesondere wird der Rolle der SpDis mit der alleinigen Zuordnung zu den Beratungsstellen nur bedingt Rechnung getragen, da diese in allen Landkreisen Angebote deutlich über die reine Beratung hinaus vorhielten. Nach ausführlichem Abwägen und verschiedenen Ansätzen der kategorialen Einteilung erschien die vorgenommene Zuordnung jedoch am stimmigsten.

Weiter soll an dieser Stelle betont werden, dass es sich bei den in die Untersuchung miteinbezogenen Leistungserbringern um eine Momentaufnahme der Versorgungssituation zum Erhebungszeitpunkt handelt. Diese Erhebung stellt die Grundlage dar, um durch Folgebefragungen Erkenntnisse zu Veränderungen im zeitlichen Verlauf, z.B. durch

hinzugekommene oder nicht mehr vorhandene Plätze und zur Veränderung personeller Ressourcen zu gewinnen.

Es stellte sich heraus, dass die Beschreibung der Personen, die eine bestimmte Leistung in Anspruch nehmen, je nach Angebot auf sehr unterschiedliche Weise erfolgt und die Betrachtungsweise in den komplementären Angeboten weniger medizinisch-zentriert ist als beispielsweise in der klinischen Perspektive. Dies lässt sich exemplarisch am Beispiel der Eingruppierung der Klienten nach Diagnosegruppen verdeutlichen. Die Klassifizierung nach Diagnosen spiegelt beispielsweise eine sehr medizinisch zentrierte Perspektive wieder. Während Diagnosen im klinischen Kontext eine zentrale Rolle spielen, ist die exakte diagnostische Einordnung der Klienten für eine Vielzahl der befragten Einrichtungen lediglich von nachrangiger Bedeutung. Daher wird in vielen keine Statistik über die Diagnosen der Klienten geführt. Häufig sind die Diagnosen noch nicht einmal bekannt, da sie für die Betreuung in bestimmten Bereichen keine maßgebliche Rolle spielen. Daraus ergeben sich jedoch in der Auswertung Inkonsistenzen bei der Analyse der diagnosenspezifischen Inanspruchnahme. Verschiedene Möglichkeiten bestehen, um dieser Problematik Rechnung zu tragen. Man sollte auf jeden Fall in Zukunft die befragten Einrichtungen in die Konzeption der Fragebögen mit einbinden, damit die aus der Sicht der Einrichtungen relevanten Aspekte in der Erhebung abgebildet werden. Eine weitere Strategie um fehlenden Informationen über Diagnosen sowie der Heterogenität der Datenqualität entgegenzuwirken ist die Entwicklung einer standardisierte Basisdokumentation für komplementäre Leistungserbringer, wie sie von der TU Dresden und der Universität Leipzig in Zusammenarbeit mit dem Forschungsverbund Public Health Sachsen in Form der „easy-BADO-K©“ entwickelt wurde. Im Rahmen einer Basisdokumentation für den komplementären Versorgungssektor könnten Informationen über den Betreuungsprozess routinemäßig in standardisierter Form erfasst werden. Die erfassten Daten könnten zur internen Qualitätssicherung der Einrichtungen beitragen und die Nutzung der jeweiligen Versorgungseinrichtungen standardisiert dokumentieren (easy soft GmbH). Bei der Forderung nach einer flächendeckenden Einführung einer derartigen Dokumentation sollte jedoch der Zeitaufwand betrachtet werden, der bei standardisierter Durchführung einer solchen Basisdokumentation erforderlich wäre, und die Konsequenz, dass dementsprechend weniger Zeit für direkten Klientenkontakt verbleibt.

Eine Zielformulierung dieser Arbeit lautete, eine detaillierte Darstellung der psychiatrischen Versorgungslandschaft mit Schwerpunkt auf komplementäre Einrichtungen zu erstellen. Dafür erfolgte eine Fokussierung auf die Einrichtungen, welche ein spezielles Angebot für psychisch Kranke vorhalten. Wie aus klinisch-praktischer Erfahrung bekannt ist, wenden sich jedoch viele psychisch Kranke an Allgemeinärzte, begeben sich in Allgemeinkrankenhäuser

und nehmen diverse Beratungsstellen ohne spezielle Angebote für psychisch Kranke in Anspruch. Auch die Abgrenzung zwischen Einrichtungen für psychisch Kranke und geistig behinderten Menschen ist nicht immer eindeutig, da viele geistig Behinderte auch psychiatrische Komorbiditäten aufweisen. Diese eben genannten oder vergleichbaren Einrichtungen, welche psychisch Kranken Hilfe und Unterstützung leisten, können in dieser Erhebung nicht erfasst werden, weshalb eine vollständige Darstellung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteure in diesem Rahmen nicht realisierbar war.

Um stichhaltige Aussagen darüber treffen zu können, ob die betroffenen Patienten durch die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten vollständig erreicht werden, müssten deutlich aufwändigere bevölkerungsbasierte Untersuchungen durchgeführt werden.

Die detaillierte Fragebogenerhebung erfolgte nur für den komplementären Bereich, Angaben zur stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung wurden administrativ erhoben. Um die Versorgungspraxis auch für diese Bereiche im Detail darzustellen, könnte die Fragebogenerhebung auf die Leistungserbringer aus dem ambulant-medizinischen und dem stationären Bereich ausgeweitet werden. Zudem müssten aus o.g. Gründen auch somatische Ärzte und Kliniken mit einbezogen werden. Derartige Erhebungen wären wichtig, wenn das gesamte Versorgungssystem analysiert werden sollte und würden insbesondere Aussagen zur Zusammenarbeit komplementärer und medizinisch psychiatrischer Einrichtungen ermöglichen.

Die Erweiterung des ESMS-b-Manuals anhand des halboffenen, standardisierten Fragebogens nach Rössler ermöglichte eine quantitative Erfassung des Kooperationsverhaltens der Leistungserbringer der Indexregion.

Um einen genaueren Einblick in die bestehende Kooperationspraxis zwischen der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteure zu erhalten, wurden für die vorliegende Arbeit neben den Ergebnissen der Fragebogenstudie auch Ergebnisse aus Fokusinterviews in Regensburg zu diesem Thema miteinbezogen, die Teil des Forschungsprojektes der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung waren. Da der Einladung zu den Fokusinterviews keine niedergelassenen Ärzte gefolgt waren, konnte deren Rolle in der Kooperationspraxis nur aus Sicht der anderen Leistungserbringer miteinbezogen werden. Als weiterer Bestandteil der qualitativen Kooperationsanalyse wurde in Workshops im Rahmen der Fachtagung der Bayerischen Institutsambulanzen 2011 das Kooperationsverständnis und Kooperationsverhalten der interprofessionell besetzten Psychiatrischen Institutsambulanzen betrachtet. Diese Bestandteile der Kooperationsanalyse, in die letztendlich Aussagen von Leistungserbringern aus den Versorgungssektoren stationär, ambulant-psychiatrisch und komplementär miteinfließen

konnten, ermöglichten insgesamt einen guten Einblick in die Kooperationspraxis in der psychiatrischen Versorgung.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Zur besseren Vergleichbarkeit soll zunächst eine Übersicht über vorhandene Plätze, Betten und Fachkräfte sowie über Richt- und Vergleichswerte aufgezeigt werden.

Tab. 37 Übersicht Versorgungsregion und Vergleichswerte

Stationäre und teilstationäre Versorgung		
Stationäre akupsyhiatrische Versorgung		
Einheit: Betten/1.000 EW	Indexregion: 0,64	Deutschland: 0,75 ¹ Europa: 0,8 ¹ Empfehlung WHO: 0,5-1 ¹
Teilstationäre Versorgung		
Einheit: Plätze/1.000 EW	Regensburg: 0,13 Cham: 0,16 Schwandorf: 0	Empfehlungen: Expertenkomm.: 0,12-0,20 Rössler et al.: 0,15 ²
Stationäre rehabilitative Versorgung		
Einheit: Betten/1.000 EW	Regensburg: 0,14 Cham: 3,38 Schwandorf: 0	Deutschland: 0,33 ³
Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten		
Nervenärzte		
Einheit: Ärzte/100.000 EW	Regensburg: 13,9 Cham: 5,4 Schwandorf: 8,4	Deutschland : 11,8 ¹ Europa: 9,8 ¹
Psychologische Psychotherapeuten (pPT)		
Einheit: pPT/100.000 EW	Regensburg: 27,4 Cham: 7,8 Schwandorf: 4,9	Deutschland: 18,6 ¹ Europa: 3,1 ¹
Komplementäre Versorgung		
Beratungsstellen		
<i>SpDis</i>		
Einheit: Fachkräfte (FK)/ 100.000 EW	Regensburg: 2,05 Cham: 2,3 Schwandorf: 4,2	Empfehlungen: Schröder et al: 2,5 ⁴
<i>Suchtberatungsstellen</i>		

Einheit: FK/100.000 EW	Regensburg: Psychologen: 0,3 Sozialpädagogen: 3 Cham: Sozialpädagogen: 1,9 Schwandorf: Psychologen: 0,7 Sozialpädagogen: 2,3	Empfehlungen der Expertenkommission: pro Versorgungsregion von 100.000 – 150.000 EW: 1,5 Ärzte/Psychotherapeuten 4 Sozialpädagogen 2 sonstige in Beratung tätige Mitarbeiter
Wohneinrichtungen		
<i>Ambulant betreute Wohnangebote</i>		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 46, davon 12 für Suchtkranke Cham: 32, davon 13 für Suchtkranke Schwandorf: k.A.	Empfehlungen: Schröder: Plätze 80, davon 22 für Suchtkranke ⁴
<i>Stationäres Wohnen</i>		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 33 , davon 7 für Suchtkranke Cham: 155, davon 51 für Suchtkranke Schwandorf: k.A. keine Übergangswohnheime in den betrachteten Landkreisen	Empfehlungen: Schröder: 40 Plätze, davon 8 für Suchtkranke, außerdem 1,2 Plätze für Suchtkranke in Übergangswohnheimen ⁴
Arbeitsangebote		
<i>Wf(p)bMs</i>		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 47,3 Cham: 68 Schwandorf: 56	Empfehlungen: Schröder: 38 Plätze ⁴ Bayern: 20, Oberpfalz 48 ⁵
<i>Integrationsfirmen</i>		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 8,9 Cham: 0 Schwandorf: 12,6	Empfehlungen: Schröder: 8 Plätze ⁴ Bayern: 7,8 Plätze ⁵
<i>Zuverdienstplätze</i>		

Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 11 Cham: 0 Schwandorf: 13,3	Bayern: 12,8 ⁵
<i>Plätze für berufliche Rehabilitation</i>		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 166 Cham, Schwandorf: 0	Deutschland: 2 ³
Tagesstätten		
Einheit: Plätze/100.000 EW	Regensburg: 17 Cham: 16 Schwandorf: 14	Empfehlungen der Expertenkommission: 15 Deutschland :17 ³

1 World Health Atlas der WHO, 2005

2 Rössler et al., 1993

3 Becker et al, 2007

4 Schröder et al., 2002: Psychiatrische Versorgung in Hessen

5 Verband der Bayerischen Bezirke, Stand 2012

4.2.1 Stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot in der Indexregion

Mit einer Bettenmessziffer von 0,64 pro 1.000 EW liegt der Grad der stationären Versorgung in der betrachteten Region zwar innerhalb der von der WHO empfohlenen Spannbreite von 0,5 bis 1,0 Betten pro 1.000 EW, jedoch unter dem bundesdeutschen Durchschnitt von 0,75 Betten pro 1.000 EW (Becker, 2007), sowie unter dem europaweiten Durchschnitt von 0,8 Betten pro 1.000 EW. Deutschlandweit befinden sich mehr als ein Drittel der psychiatrischen Betten auf psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (0,29 von 0,75) (Becker et al, 2007). In der gesamten Versorgungsregion existieren dagegen keine solchen Abteilungen, alle psychiatrischen Betten befinden sich in den Fachkliniken in Regensburg und Störnstein (Wöllershof). In Cham befindet sich derzeit eine psychiatrische Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus im Aufbau. Letztlich haben beide Versorgungssysteme Vor- und Nachteile. Einerseits erlauben lediglich große Einrichtungen eine ausreichende Spezialisierung, andererseits hat die flächendeckende Versorgung Vorteile in Bezug auf Gemeindenähe, Dezentralität und Lebensweltbezug.

Bereits 1852 beschrieb E. Jarvis eine inverse Beziehung zwischen der Inanspruchnahme eines Angebotes zu der Entfernung des Wohnort (Jarvis Effect) (Meise et al, 1996). In Untersuchungen von Rössler (1990) und Meise (1996) stellte sich dabei eine kritische Distanz von 30-45 Wegeminuten bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel heraus, d.h., die Bereitschaft eines Betroffenen, Angebote zu nutzen, nimmt bereits ab einer Wegezeit von mehr als 30 Minuten ab.

In einer Untersuchung im Landkreis Ravensburg (1999) wurden die Auswirkungen der Entfernung auf die Versorgung von Patienten mit schizophrenen Psychosen betrachtet. Im

Rahmen der Untersuchung wurde eine sogenannte Satellitenstation, d.h. eine psychiatrische Station in einem Allgemeinkrankenhaus eingerichtet, wodurch sich die durchschnittliche Wegstrecke der Einwohner von 34 auf 19km reduzierte. In der Untersuchung konnte eine höhere Aufnahmezahl (von 0,3 auf 0,5 pro 100.000 EW) bei gleichzeitig deutlicher Verkürzung der Verweildauer (25%) nachgewiesen werden (Gebhardt, 2002).

Mit der geplanten Errichtung einer psychiatrischen Klinik in Cham sollte für diesen Landkreis den allgemeinen Forderungen nach einer gemeindenäheren Versorgung bald entsprochen werden.

Nach Rössler et al. (2003) sollten etwa 0,15 teilstationäre Plätze pro 1.000 EW zur Verfügung stehen. Nach den Empfehlungen der Expertenkommission beträgt der Sollwert 0,12-0,2 teilstationären Plätzen pro 1.000 EW. Mit 0,13 Plätzen pro 1.000 EW im Stadt und Landkreis Regensburg, bzw. 0,16 Plätzen pro 1.000 EW im Landkreis Cham werden die genannten Richtwerte für diese Landkreise erreicht. Im Landkreis Schwandorf wird keine entsprechende teilstationäre Einrichtung vorgehalten. Da eine tägliche Fahrt nach Regensburg für eine Vielzahl der Betroffenen nicht realisierbar ist, steht diesen keine Möglichkeit zu einer teilstationären Behandlung zur Verfügung.

Im Bereich psychosomatischer und spezifischer Entwöhnungskliniken halten Stadt und Landkreis Regensburg insgesamt 0,14 Betten pro 1.000 EW vor, was deutlich unter dem bundesdeutschen Schnitt von 0,33 Betten pro 1.000 EW liegt. Im Landkreis Cham findet sich dagegen ein großes Angebot an psychosomatischen Kliniken und Suchtentwöhnungskliniken, hier beläuft sich die Bettenzahl auf 3,38 pro 1.000. Bettenzahlen in diesem Bereich sind jedoch gesondert zu betrachten, da die Versorgung häufig überregional erfolgt. Der Entfernung vom Wohnort wird diesen Einrichtungen, in denen die Aufnahmen elektiv erfolgen, eine wesentlich geringere Bedeutung beigemessen, die überregionale Versorgungspraxis wird allgemein befürwortet (Wetzig, 2004).

4.2.2 Die Versorgung im ambulanten Bereich nach SGB V

Der ambulant-medizinische Bereich umfasst das dichteste Netz unter allen Versorgungsformen und bildet damit eine der Hauptsäulen der psychiatrischen Versorgung (Schröder 2002).

Für den Stadt und Landkreis Regensburg wurde eine Gesamtzahl von 44 Ärzten aus dem Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (in der Folge unter der Bezeichnung „Nervenärzte“ zusammengefasst) und 87 psychologischen Psychotherapeuten ermittelt. Die Aussagekraft dieser Zahlen ist dahingehend eingeschränkt, dass keine Angaben zu den Praxisöffnungszeiten bzw. den tatsächlichen Behandlungszeiten der

jeweiligen Therapeuten vorliegen. Viele der einberechneten Therapeuten sind nur in Teilzeit in ihrer Niederlassung tätig.

Die oben genannten Zahlen ergeben einen Versorgungsgrad von 13,9 Nervenärzten pro 100.000 EW.

Allgemeine aktuelle Empfehlungen und Richtwerte für die Versorgung im ambulant-medizinischen Sektor sind in der Literatur kaum zu finden, da die Bedarfsplanung in diesem Bereich den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder unterliegt. Die Empfehlung der Enquête, ein Betreuungsverhältnis von einem Nervenarzt pro 50.000 EW anzustreben gelten in der heutigen Versorgungspraxis als überholt (Wetzig, 2004). Nach Angaben der WHO beträgt der europäische Durchschnitt 9,8 Nervenärzte pro 100.000 EW, in Deutschland seien 11,8 Nervenärzte pro 100.000 EW tätig (World Health Organisation, 2005) womit Stadt und Landkreis Regensburg einen überdurchschnittlichen Versorgungsgrad erreichen.

Mit insgesamt 87 psychologischen Psychotherapeuten im Stadt und Landkreis besteht hier ein Versorgungsgrad von 27,4 Psychotherapeuten pro 100.000 EW, was den europäischen Durchschnittswert von 3,1 pro 100.000 EW (World Health Organisation, 2005) fast um das 9-fache übersteigt. Der Bundesdurchschnitt lag nach Schröder et al. im Jahr 1999 bei 18,6 Psychotherapeuten pro 100.000 EW.

Bei dieser überdurchschnittlichen Dichte an Nervenärzten und Psychotherapeuten sollte man insgesamt von einer guten Versorgung im ambulant-medizinischen Bereich für den Stadt und Landkreis Regensburg ausgehen.

Bei Kenntnis der Versorgungsrealität mit häufig langen Wartezeiten bestätigt sich diese Annahme jedoch nicht, was auf Kapazitätsprobleme im Bereich der komplementären Versorgungsstrukturen hinweisen könnte.

Neben o.g. niedergelassenen Behandlern ist im Stadt und Landkreis Regensburg außerdem die Psychiatrische Institutsambulanz des Bezirksklinikums an der ambulant-medizinischen Versorgung beteiligt.

Nach § 118 SGB V sind Institutsambulanzen für die Versorgung derjenigen Versicherten zuständig, die „(...) wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung (...) auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind (...).“ Nach einer Vereinbarung der Kassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2001 sollen in den Institutsambulanzen die Patienten behandelt werden, „(...) bei denen einerseits in der Regel langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist und andererseits mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen“. Den multiprofessionellen Teams der Institutsambulanzen gehören neben Ärzten und Psychologen auch Sozialpädagogen und psychiatrische Fachpflegekräfte an.

Institutsambulanzen zeichnen sich neben beratenden und intervenierenden Hilfen in der Einrichtung auch durch aufsuchende ambulante Behandlungen aus (Schröder et al, 2002).

Betrachtet man Stadt und Landkreis Regensburg gesondert, so zeigt sich die bereits in der Psychiatrie-Enquête beschriebene und weltweit feststellbare Ungleichverteilung der Versorgung im ambulant-medizinischen Bereich zwischen städtischen und ländlichen Gebieten (Ernst K, 1998).

So besteht in der Stadt Regensburg ein Versorgungsgrad von 24,6 Nervenärzten pro 100.000 EW, im Vergleich zum Landkreis Regensburg, wo sich der Versorgungsgrad auf 6 Nervenärzte pro 100.000 EW beläuft. Ähnlich verhält es sich bei den psychologischen Psychotherapeuten. Hier kommen in der Stadt Regensburg 52 Psychotherapeuten auf 100.000 EW, im Landkreis gerade einmal 10,9. Wie aus Abb. 35 ersichtlich, sammeln sich zudem die meisten der Nervenärzte und Psychotherapeuten im Landkreis Regensburg unmittelbar um das Stadtgebiet, was zu einer reell noch deutlich geringeren Versorgungsdichte im peripheren Landkreis führt.

Um eine adäquate Versorgung auch in strukturschwächeren, ländlichen Gegenden gewährleisten zu können empfehlen Schröder et al. für das Bundesland Hessen die Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen, die an psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern angeschlossen werden sollten.

Derartige psychiatrische Abteilungen außerhalb von Fachkliniken werden im Indexgebiet sowie in der gesamten Oberpfalz derzeit jedoch nicht vorgehalten.

Im Landkreis Cham liegt der Versorgungsgrad im Bereich der niedergelassenen Nervenärzten deutlich unter den o.g. Werten für den Stadt und Landkreis Regensburg, sowie unter dem bundesweiten und auch unter dem europäischen Durchschnitt. So beläuft sich die Anzahl der Nervenärzte im Landkreis auf 7, was einem Versorgungsgrad von 5,4 pro 100.000 entspricht. Die Anzahl an psychologischen Psychotherapeuten beläuft sich auf 10, was einem Versorgungsgrad von 7,8 psychologischen Psychotherapeuten pro 100.000 EW entspricht und damit ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Alle niedergelassenen Behandler, ebenso wie die Psychiatrische Institutsambulanz befinden sich in der Stadt Cham, was für Betroffene aus dem ländlichen Bereich des Landkreises lange Wegestrecken und –zeiten mit sich bringt.

Im Landkreis Schwandorf sind laut Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern 12 Nervenärzte und 7 psychologische Psychotherapeuten an der Versorgung beteiligt. Dies ergibt einen Versorgungsgrad von 8,4 Nervenärzten bzw. 4,9 psychologischen Psychotherapeuten pro 100.000 EW, und liegt damit deutlich unter dem Versorgungsgrad

des Stadt und Landkreises Regensburg und auch unter dem Bundesdurchschnitt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass im Landkreis Schwandorf im Gegensatz zu den beiden anderen betrachteten Landkreisen keine zusätzliche ambulant-medizinische Versorgung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz zur Verfügung steht.

Abweichend zu den anderen Landkreisen zeigt sich im Bereich der ambulanten Versorgung nach SGB V im Landkreis Schwandorf nicht die übliche Konzentration beinahe aller Leistungserbringer auf ein Zentrum (s. Abb. 36), was vermutlich auf der historisch gewachsenen Struktur mit mehreren Mittel- und Kleinzentren (s. Kapitel 1.5.1) beruht.

Nach Empfehlungen der Expertenkommission sind neben o.g. ambulant-medizinischen Versorgern Krisendienste als ein wesentlicher Bestandteil der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in jeder Region vorzuhalten (Schröder W. et al, 2002). Dieser Empfehlung wird in der betrachteten Versorgungsregion bislang nicht entsprochen. Im gesamten betrachteten Versorgungsbereich können keine ambulanten psychiatrischen Krisendienste vorgehalten werden.

Diese sind nach Schröder et al. erforderlich, um psychiatrische Notfälle ohne die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme, außerhalb der Klinik versorgen zu können. Aktuell wird die Aufgabe der psychiatrischen Notfallversorgung überwiegend von den Institutsambulanzen bzw. außerhalb der Öffnungszeiten von den Dienstärzten der psychiatrischen Klinik oder von allgemeinärztlichen Notfalldiensten übernommen. Der Krisendienst Horizont sowie die Kriseninterventionsteams der Landkreise Regensburg und Cham decken zwar einen Teilbereich dieser Aufgaben mit ab, sind jedoch für bestimmte Situationen spezialisiert und können allgemeine Krisendienste nicht ersetzen.

4.2.3 Die Versorgung im komplementären Bereich

4.2.3.1 Beratungseinrichtungen

4.2.3.1.1 Landkreis Regensburg

Im Landkreis Regensburg werden 8 Beratungseinrichtungen für psychisch Kranke angeboten, davon 2 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi). Diese bieten außerhalb ihrer Hauptstellen in der Stadt Regensburg auch Außensprechtage in 2 peripheren Gemeinden des Landkreises Regensburg an.

Gemäß den Empfehlungen der Expertenkommission umfasst das Aufgabenspektrum der SpDis beratende, vorsorgende, nachgehende und auch intervenierende Hilfestellungen für psychisch kranke Menschen. Inhaltlich sollen Sozialpsychiatrische Dienste Unterstützung im Bereich Wohnen, bei der Sicherung von rechtlichen und materiellen Ansprüchen, bei der Tagesstrukturierung und Alltagsstrukturierung und beim Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen leisten (Rössler et al, 2005).

Sozialpsychiatrische Dienste sind aufgrund ihres langjährigen Bestehens und ihrem komplexen Versorgungsauftrag unverzichtbarer Bestandteil der komplementär-psychiatrischen Versorgung geworden (Andritzke, 2011).

Die beiden Sozialpsychiatrischen Dienste in Regensburg beschäftigen zusammen 6,5 Fachkräfte, was einem Schlüssel von 2,05 Fachkräften pro 100.000 EW entspricht und damit unter dem von Schröder et al. für das Bundesland Hessen formulierten Sollwert von 2,5 Fachkräften pro 100.000 EW liegt.

Der international übliche Standard beim Personalbedarf für sozialpsychiatrische Zentren liegt bei ca. 1.4 Fachkräften pro 10.000 EW (Rössler et al, 2005). Dieser Standard wird demnach für die SpDis in Regensburg bei weitem nicht erreicht. Bei Miteinbeziehen der übrigen Beratungsstellen für psychisch Kranke Menschen werden insgesamt 12,4 Fachkräfte beschäftigt, was einem Schlüssel von 3,9 Fachkräften pro 100.000 EW entspricht.

Mit einem Integrationsfachdienst kann können Stadt und Landkreis Regensburg eine spezielle Beratungsstelle mit Schwerpunkt Wiederintegration psychisch Kranker in die Arbeitswelt vorweisen, der 10,3 Fachkräfte beschäftigt. Auf Empfehlungen oder Richtlinien hinsichtlich der Anzahl oder der personellen Besetzung von Integrationsfachdiensten kann leider nicht zurückgegriffen werden.

Die beiden telefonischen Beratungsangebote werden an dieser Stelle aufgeführt, da sie ihren Hauptsitz in Regensburg haben. Sie stehen jedoch nicht allein den Einwohnern des Stadt und Landkreises Regensburg zur Verfügung, sondern weisen ein erweitertes Einzugsgebiet auf.

In der Kategorie der Beratungsangebote für Menschen in schwierigen Lebenssituationen ohne primär psychiatrische Diagnosen ist das Kriseninterventionsteam (KIT) des Bayerischen Roten Kreuzes zu nennen. Die Aufgaben des KIT bestehen u.a. in der Betreuung Angehöriger bei tödlichen Unfällen oder Suiziden, in der Vorort-Präsenz und Betreuung Angehöriger, Beteiligter und Augenzeugen und bei Massenumfällen oder sonstigen Vorfällen mit Katastrophen-Charakter. Obwohl es sich nicht speziell an Menschen mit psychischen Erkrankungen wendet, wurde das KIT mit in die Erhebung aufgenommen, da es eine wichtige Versorgungsfunktion in der Prävention psychischer Erkrankungen übernimmt, indem es Menschen in akuten Krisensituationen begleitet und so dazu beitragen kann, eventuelle Traumafolgestörungen zu verhindern.

Bei Betrachtung der Beratungsangebote für psychisch Kranke ohne spezielle Suchtberatungsstellen und exklusive der rein telefonischen Angebote ergibt dies 2,5 Beratungsstellen pro 100.000 EW.

Im Bereich der Versorgung Suchtkranker sind für Stadt und Landkreis Regensburg 5 Einrichtungen mit beratendem Charakter zu nennen, darunter 2 allgemeine

Suchtberatungsstellen, eine spezielle Beratungsstelle für drogenabhängige Menschen, sowie mit Caritas Streetwork e.V. ein aufsuchendes Hilfsangebot und eine betriebliche Suchtberatungsstelle (diese steht nur Mitarbeitern der Stadt Regensburg zur Verfügung). Weiter existiert eine Beratungsstelle für Frauen mit Essstörungen. Da uns von letzterer kein ausgefüllter Fragebogen vorlag, konnte diese nicht in die detaillierte Auswertung mit einbezogen werden.

Mit 5 der Allgemeinheit zur Verfügung stehenden Suchtberatungseinrichtungen weisen Stadt und Landkreis Regensburg einen Schlüssel von 1,6 Beratungseinrichtungen pro 100.000 EW auf, und liegt damit über der von der Expertenkommission geforderten Zahl von einer Suchtberatungsstelle pro Versorgungsregion (entspricht 100.000-150.000 EW). Den Empfehlungen der personellen Ausstattung, wonach pro Versorgungsregion 1,5 Arzt/Psychotherapeutenstellen, 4 Sozialpädagogenstellen und 2 Stellen für sonstige in der Beratung und Therapie tätige Mitarbeiter vorgehalten werden sollen, konnten jedoch nicht vollständig entsprochen werden. Der Versorgungsschlüssel beläuft sich hier auf 0,47 Psychotherapeuten und 4,5 Sozialpädagogen pro Versorgungseinheit von 150.000 EW.

Problematisch erscheint, dass sich sämtliche Suchtberatungseinrichtungen in der Stadt Regensburg befinden, wohingegen die Versorgung Suchtkranker im Landkreis fast ausschließlich über den Selbsthilfesektor stattfindet.

Um professionelle Hilfe im komplementären Bereich in Anspruch zu nehmen, müssen Betroffene aus dem peripheren Landkreis städtische Strukturen aufsuchen, und dafür teilweise lange Wegezeiten auf sich nehmen.

Die Situation bei Beratungseinrichtungen für psychisch Kranke verhält sich ähnlich, auch hier finden sich sämtliche Angebote in der Stadt Regensburg. Jedoch werden von einem der Sozialpsychiatrischen Dienste wöchentliche Außensprechstunden in Kallmünz und Hemau abgehalten, wodurch eine gemeindenähere Versorgung für Menschen im Landkreis Regensburg gewährleistet werden kann. Eine Ausweitung dieses Angebotes wäre wünschenswert.

Bei Betrachtung aller Beratungseinrichtungen, die Aussagen zu den Diagnosen der Klienten treffen konnten, handelte es sich bei 48% aller Erstkontakte um Klienten mit einer Suchterkrankung. 17% stellten sich mit einer Erkrankung aus dem Diagnosenkomplex neurotischer, somatoformer und Belastungsstörungen vor. Auffällig erscheint der geringe Anteil an Klienten mit affektiven Störungen von nur 15%. Bei Betrachtung der zu erwartenden Fallzahlen nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998¹⁸ (s. 3.1.2), wonach mehr als 40% aller psychisch Kranken an einer Störung aus diesem Formenkreis leiden, wäre eine deutlich höhere anteilige Frequentierung der Beratungsstellen anzunehmen. Zurückzuführen

ist dieses Ergebnis am ehesten auf die mit depressiven Erkrankungen einhergehenden Symptome wie Antriebsminderung, sozialem Rückzug und erhöhter Ermüdbarkeit. Für die deutlich geringere Anzahl an Klienten mit bipolar-affektiven Störungen trifft dies in depressiven Phasen natürlich in gleicher Weise zu, im Rahmen einer manischen Episode ist die Inanspruchnahme eines psychiatrischen Hilfeangebotes aufgrund des fehlenden Krankheitsgefühls nicht zu erwarten. Menschen mit schizophrenen Psychosen machen knapp 10% der Klienten in Beratungseinrichtungen aus, und sind damit im Vergleich zur Inanspruchnahme anderer Versorgungsangebote deutlich unterrepräsentiert. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die niederschweligen Versorgungs- und Hilfsstrukturen der Beratungseinrichtungen gerade für schwerst- und chronisch an einer Schizophrenie erkrankten Menschen häufig keine Unterstützung im ausreichenden Maße darstellen. Ein weiterer Erklärungsansatz für die o.g. Zahlen könnte eine primäre Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe von Klienten mit schizophrenen oder affektiven Störungen sein, die in die hier erhobenen Zahlen nicht miteinfließen.

Bei einem hohen Prozentsatz an Einrichtungen, die suchtkranke Klienten von ihrem Angebot ausschließen (29% Klienten mit manifester Alkoholabhängigkeit, 36% mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen) und gleichzeitig der höchsten Inanspruchnahme der Beratungsstellen durch Suchtkranke zeigt sich die deutliche Trennung der Hilfesysteme für Klienten mit seelischen Erkrankungen bzw. mit Suchterkrankungen.

Bei der Hälfte der Einrichtungen müssen die Klienten Wartezeiten in Kauf nehmen, die im Durchschnitt bei einer Woche liegen. Auf einen Termin bei einem der SpDis muss durchschnittlich 2,25 Wochen gewartet werden, wohingegen die Wartezeit für Suchtberatungsstellen bei maximal einer Woche lag, was die verhältnismäßig gute Versorgungslage im Bereich der Suchtberatung widerspiegelt. Die kurzen Wartezeiten im Suchtbereich könnten auch auf eine entsprechend stattgefundene Anpassung der Abläufe der Suchtberatungseinrichtungen hinweisen. Denn gerade bei Suchtpatienten besteht häufig nur ein kurzer Motivationszeitraum, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Darauf könnten sich die Suchtberatungsstellen eingestellt haben, indem sie ihr Angebot so organisiert haben, dass motivierten Klienten die Möglichkeit geschaffen wird, schnellen Zugang zu Hilfsangeboten zu bekommen.

4.2.3.1.2 Landkreis Schwandorf

Im Landkreis Schwandorf wurden insgesamt 4 Beratungsangebote in die Erhebung mit aufgenommen, darunter ein Sozialpsychiatrischer Dienst und eine Fachambulanz für Suchtprobleme. Weiter hält das Gesundheitsamt ein Beratungsangebot für psychisch Kranke sowie ein Beratungsangebot für Suchtkranke vor.

Bei 142.979 Einwohnern ergibt sich für Beratungsstellen für psychisch Kranke sowie für spezielle Suchtberatungsstellen ein Schlüssel von je 1,4 Einrichtungen pro 100.000 EW. Im Bereich der suchtspezifischen Einrichtungen wird damit dem empfohlenen Richtwert der Expertenkommission von mindestens einer Suchtberatungsstelle pro Versorgungsregion entsprochen, die Empfehlungen hinsichtlich der personellen Ausstattung (s.o.) werden mit insgesamt nur einem Psychotherapeuten und 3,3 Sozialpädagogen für den gesamten Landkreis bei weitem nicht erreicht.

Bei 6 Fachkräften im Sozialpsychiatrischen Dienst liegt der Versorgungsschlüssel mit 4,2 Fachkräften pro 100.000 EW deutlich höher als im Stadt und Landkreis Regensburg und über dem von Schröder et al. formulierten Orientierungswert von 2,5 Fachkräften pro 100.000 EW. Bei Miteinbeziehen der 6,6 Fachkräfte der Beratungsstelle für psychisch Kranke des Gesundheitsamtes liegt der Schlüssel bei 8,8 Fachkräften pro 100.000 EW, wobei aus dem Fragebogen nicht hervorging, ob die genannten Fachkräfte nur für die Versorgung psychisch Kranker eingesetzt werden, oder dem Gesundheitsamt insgesamt zur Verfügung stehen.

Auch im Landkreis Schwandorf finden sich alle Beratungseinrichtungen im städtischen Bereich (s. Abb. 35). Außerhalb der Stadt Schwandorf gibt es keine Beratungsangebote, was für Bewohner der ländlichen Gegenden des Landkreises lange Wegezeiten mit sich bringt. Als Beispiel soll die Stadt Schönsee im Landkreis Schwandorf betrachtet werden. Schönsee liegt im Nordosten des Landkreises, nahe der Grenze zu Tschechien. Die Auto-Entfernung nach Schwandorf beträgt mehr als 50 km bei einer Reisezeit von 55 Minuten (Google-Maps). Mit Bus und Bahn wurde im Zeitraum von 9-18.00 eine Reisezeit von mindestens 1:45h ermittelt (Auskunft Deutsche Bahn). Die Forderung nach gemeindenaher Versorgung, was laut Definition der Enquête eine Erreichbarkeit der Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer Stunde beinhaltet, ist hier demnach nicht erfüllt. Meise et. al stellten fest, dass die Inanspruchnahme eines Versorgungsangebotes bereits ab einer „kritischen Distanzschwelle“ von 30-45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln wesentlich abnimmt⁴⁹. Um der Forderung nach einer gemeindenahen Versorgung näher zu kommen, sollte unter anderem die Möglichkeit der Abhaltung von Außensprechstunden durch den SpDi im peripheren Landkreis in Betracht gezogen werden, was einer Verbesserung der personellen Besetzung bedürfte.

Bei diagnosenspezifischer Betrachtung zeigen sich vergleichbare Tendenzen wie im Stadt und Landkreis Regensburg. Auffällig erscheint im Vergleich jedoch die Inanspruchnahme durch Klienten mit affektiven Störungen, die mit 23% deutlich höher liegt. Dies könnte auf die bedeutend geringere Versorgung des Landkreises Schwandorf mit Ärzten aus dem

psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachbereich (4/100.000 EW im Vgl. zu Regensburg: 16/100.000 EW) und mit Psychotherapeuten (6/100.000 EW im Vgl. zu Regensburg: 30/100.000 EW) zurückzuführen sein (s. a. Abb. 36).

Auch im Landkreis Schwandorf zeigt sich eine scharfe Trennung der Beratungseinrichtungen nach Sucht- und allgemeinspsychiatrischen Beratungsangeboten auf.

Bezüglich der Wartezeiten bestätigte sich ebenfalls die Tendenz von Stadt und Landkreis Regensburg hinsichtlich wesentlich geringerer Wartezeiten für Suchtkranke mit Beratungsbedarf, die mit 2 Wochen nur die Hälfte der Wartezeit auf einen Termin im SpDi beträgt. Auffällig erscheint zunächst die lange Wartezeit von 4 Wochen auf einen Termin im SpDi, trotz der im Landkreisvergleich besseren personellen Besetzung. Dies resultiert am ehesten aus der vergleichsweise geringeren Versorgungsdichte im Bereich des ambulanten psychotherapeutisch/psychiatrischen Sektors (s. Abb. 36) und insbesondere auch durch das Fehlen einer Psychiatrischen Institutsambulanz in dieser Versorgungsregion, was die höhere Inanspruchnahme der Angebote des SpDis erklären kann.

4.2.3.1.3 Landkreis Cham

Im Landkreis Cham stehen Betroffenen insgesamt 5 Beratungseinrichtungen zur Verfügung, darunter ein Sozialpsychiatrischen Dienst und 2 Suchtberatungsstellen. Weiter hält der Landkreis Cham ein Kriseninterventionsteam vor.

Hinsichtlich der Versorgung Suchtkranker wird den Empfehlungen der Expertenkommission hinsichtlich der Anzahl an Beratungsangebote entsprochen, nicht so bezüglich der Empfehlung der personellen Besetzung (s.o.), da in den Suchtberatungsstellen insgesamt nur 2,5 Sozialpädagogenstellen zur Verfügung stehen. Trotz der augenscheinlichen personellen Unterbesetzung werden im Bereich Beratung mit Schwerpunkt Sucht nur relativ kurze Wartezeiten von einer halben Woche angegeben.

Mit 2,3 Fachkräften pro 100.000 EW in Beratungsstellen für psychisch Kranke erreicht der Landkreis Cham annähernd den von Schröder et al. formulierten Richtwert von 2,5 Fachkräften pro 100.000 EW, was sich in einer relativ kurzen Wartezeit von 1,5 Wochen auf einen Termin im SpDi widerspiegelt.

In die diagnosenspezifische Auswertung konnten nur der Sozialpsychiatrische Dienst und die beiden Suchtberatungsstellen mit einbezogen werden. Dies erklärt eine deutliche Verschiebung der Inanspruchnahme in Richtung der Suchterkrankten, die mit 74% aller Erstkontakte in den befragten Beratungsstellen den mit Abstand größten Anteil ausmachen. Im Landkreis Cham gab mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst nur eine der befragten Beratungsstellen an, manifest Abhängigkeitserkrankte von der Versorgung auszuschließen.

Wie schon für die anderen Landkreise beschrieben konzentrieren sich auch in dieser Versorgungsregion alle Angebote auf die Stadt Cham, wohingegen sich in den ländlicheren Gegenden keine Versorgungsstrukturen im Bereich der Beratungsangebote finden. Auch hier könnten Außensprechstunden des SpDis die Versorgungslage im peripheren Landkreis verbessern.

4.2.3.2 Wohnangebote

In der vorliegenden Arbeit wurden die Angebotsarten im Bereich Wohnen nach dem Kriterium der Betreuungsintensität, bzw. der dauerhaften Präsenz von Fachpersonal unterschieden.

Verschiedenste nationale und internationale Expertengremien, begonnen mit der Enquête, stimmen in ihrer Forderung nach wohnortnaher Versorgung und, gerade im Bereich Wohnen, nach „echter“ Deinstitutionalisierung (Zechert et al, 1997) durch möglichst wenig intensiv betreute Wohnformen überein. Nach einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) wurden jedoch über 70% aller zwischen 1973 und 1995 ehemaligen stationären Langzeitpatienten aus den psychiatrischen Fachkrankenhäusern in Wohnheime verlegt (Cranach M, 2000). Nach Forderungen der DGSP 2001 sollen zwei Drittel aller psychisch Kranken, die Hilfen im Bereich Wohnen in Anspruch nehmen, in ambulant betreuten Wohnformen leben. Diese niederschwelligere Art der Betreuung soll zur Aufrechterhaltung der Privatsphäre mit individuellen Freiheiten zur Lebensgestaltung und Lebensführung im Rahmen der Möglichkeiten der Betroffenen beitragen und gegebenenfalls eine Rückführung in ein autonomes Wohnen zulassen und fördern (Schröder W. et al, 2002).

4.2.3.2.1 Stadt und Landkreis Regensburg

Im Stadt und Landkreis Regensburg stehen 147 Plätze im Bereich des ambulanten Wohnen zur Verfügung, diese Kategorie schließt sowohl das ambulant betreute Einzelwohnen in der eigenen Wohnung der Klienten, als auch ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften ein. Der Versorgungsgrad entspricht 46 Plätzen pro 100.000 EW. Abzüglich der Plätze für Klienten mit einer Suchterkrankung ergibt sich eine Platzmessziffer von 32 pro 100.000 EW. Damit liegt der Stadt und Landkreis Regensburg über dem bundesweiten Durchschnitt von 27 Plätzen pro 100.000 EW (Andritzke 2011, Stand 2000), jedoch unter den Orientierungswerten nach Schröder et al. (2002). Sie empfehlen für das Bundesland Hessen 58 Plätze pro 100.000 EW für seelisch Kranke und zusätzlich 22 Plätze pro 100.000 EW für Suchtkranke.

Bei Betrachtung aller Einrichtungen, von denen entsprechende Angaben vorliegen, ergab sich für Einrichtungen für Klienten mit seelischen Erkrankungen eine Auslastung von 99%. Bei den suchtspezifischen Angeboten waren 83% der Plätze belegt, was aufgrund der niedrigen Platzmessziffer von 11 pro 100.000 EW überrascht, wobei hier nur von 3 der 5 befragten Einrichtung Angaben vorliegen.

Bezüglich der Wartezeiten gaben Einrichtungen mit Schwerpunkt psychisch Kranke eine durchschnittliche Dauer von 39 Wochen, mit einer Spannweite von 17 bis 80 Wochen an. Im Bereich der suchtspezifischen ambulanten Wohnangebote liegen bezüglich der Wartezeiten nur von 2 der 5 Einrichtungen Angaben vor, dort liegen die Wartezeiten bei 5 bzw. 12 Wochen.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse, insbesondere die Wartezeiten, den hohen Bedarf an ambulant betreuten Wohnangeboten, der im Stadt und Landkreis Regensburg noch nicht gedeckt zu sein scheint, weshalb eine Ausweitung dieser Angebote wünschenswert wäre. Alternativ stellt sich die Frage, ob ein ausreichender Anreiz für die Überführung geeigneter Klienten in komplett selbstständige Wohnformen oder in Wohnformen mit geringerer Betreuungsintensität besteht.

Wenn die Versorgung eines Betroffenen aufgrund der Schwere der Erkrankung durch ambulant betreute Wohnformen nicht in erforderlichem Ausmaß gewährleistet werden kann, stehen stationäre Hilfen zum Wohnen zur Verfügung. Nach Empfehlungen der Expertenkommission sollten psychiatrische Wohnheime kleine und dezentrale Wohneinrichtungen darstellen, um jeweils maximal 20 bis 30 Plätze vorhalten. Der bundesweite Durchschnitt lag 2000 bei 31,3 Plätzen pro Wohnheim (Andritzke, 2011).

Nach Schröder et al. sollen pro 100.000 EW 32 Plätze in psychiatrischen Wohnheimen zur Verfügung stehen, unter der Voraussetzung, dass ausreichende Angebote im Bereich des ambulant betreuten Wohnens vorgehalten werden. Für rein suchtkranke Menschen wird ein Bedarf von nur 8 Plätzen pro 100.000 EW postuliert, die für die spezielle Klientel chronisch Mehrfachgeschädigter vorgehalten werden sollen. Schröder et al. weisen weiter auf die besondere Bedeutung von Übergangswohnheimen im Bereich der Suchterkrankungen hin. In diesen Einrichtungen werden 1,2 Plätze pro 100.000 EW empfohlen, in Stadt und Landkreis Regensburg existieren keine Übergangseinrichtungen für Suchtkranke.

Mit einer Platzzahl von 27 pro 100.000 EW liegt der Stadt und Landkreis Regensburg unter dem von Schröder formulierten Orientierungswert für das Bundesland Hessen von 32 Plätzen pro 100.000 EW und auch weit unter dem bundesdeutschen Schnitt von 36 Plätzen pro 100.000 EW (Andritzke, 2011, Stand 2000). Im Bereich spezieller Dauerwohneinrichtungen für Suchtkranke liegt der Versorgungsgrad bei 6,6 Plätzen pro

100.000 EW, und damit noch unter dem von Schröder et al. formulierten 8 Plätzen pro 100.000 EW.

Die Dauerwohnheime im Stadt und Landkreis Regensburg weisen eine durchschnittliche Platzzahl von 27 Plätzen auf, woraus sich eine Tendenz zur von Expertengremien geforderten Verkleinerung der Heime ableiten lässt. Die größte Einrichtung weist dabei jedoch noch immer eine Platzzahl von 50, und wird dieser Forderung damit nicht gerecht.

Die Auslastung der Wohnheime lag bei durchschnittlich 93%. Eine Vollausslastung lässt sich für diese Einrichtungsart aufgrund der längeren Anlaufzeit bei Neubelegung eines Platzes nicht unbedingt erwarten. Die Wartezeit auf einen Platz beläuft sich nach Fragebogenergebnissen auf durchschnittlich 14 Wochen, bei einer Spannweite von 6 bis 16 Wochen.

Im Stadt und Landkreis Regensburg liegt ein Plätzeverhältnis stationärer zu ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten von 103 zu 147 vor. Dies entspricht noch nicht den Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (2001), wonach zwei Drittel der Plätze in Wohneinrichtungen ambulant betreut werden sollten. Aus dem in der Versorgungsregion vorliegenden Plätzeverhältnis zeigt sich jedoch, dass hier eine Entwicklung hin zu Wohnformen mit mehr Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung für Betroffene durch eine geringere Betreuungsintensität im Gange ist, womit den Forderungen nach Vorrangigkeit dieser Wohnformen zunehmend entsprochen wird.

Gesondert betrachtet wurde im Bereich Wohnen die Wohngruppe St.-Rita der Caritas. Diese bietet eine spezielle Betreuung für Frauen mit psychischen Erkrankungen an, 3 der 8 Plätze sind von psychisch kranken Frauen belegt. Aufgrund der konzeptionellen Ausrichtung fällt dieses Angebot jedoch aus den hier vorliegenden Kategorien. Es besteht zwar eine dauerhafte Personalanwesenheit, jedoch nicht durch Fachkräfte. Auch ist dieses Angebot nicht als langfristige Wohnmöglichkeit einzuordnen, sie dient als Notfall- oder Übergangsunterkunft für einige Wochen bis Monate.

Weiter zu nennen und nicht eindeutig zu kategorisieren ist das Angebot des Betreuten Wohnens in Familien. Diese Initiative bietet 15 Plätze an, die Auslastung lag bei 95%, wobei die Nachfrage laut Fragebogenangaben steigend sei. Das Erfüllen des Kriteriums nach gemeindenaher Versorgung lässt sich aus dem Fragebogen nicht ableiten, die Grundkonzeption dieser Angebotsart kommt diesem Grundsatz jedoch entgegen, da sich aufnahmebereite Familien im Gegensatz zu vielen psychiatrischen Einrichtungen im überwiegenden Maß auch im peripheren Landkreis befinden.

Bei Betrachtung aller Wohnangebote zeigt sich, dass sich nur 3 der 17 Wohnangebote, 2 davon spezielle Angebote für Suchtkranke, im Landkreis Regensburg befinden. Die übrigen Einrichtungen sammeln sich im Stadtgebiet (s. Abb. 35). Dem Grundsatz der gemeindenahen Versorgung kann somit gerade in diesem entscheidenden Bereich nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden. Betroffene aus dem Landkreis, die einer Hilfe im Bereich Wohnen bedürfen, müssen damit häufig nicht nur ihre Wohnung, sondern auch ihr gewohntes Lebensumfeld verlassen und städtische Strukturen in Anspruch nehmen. Lange Wartezeiten und hohe Auslastung, im ambulant betreuten wie im stationären Bereich Wohnen, sowie Platzzahlen unter vorgegebenen Orientierungswerten legen die Notwendigkeit, eine Erweiterung der Angebote im Bereich Wohnen zu erwägen.

4.2.3.2.2 Landkreis Schwandorf

Der Landkreis Schwandorf verfügt über 3 Einrichtungen im Bereich des stationären Wohnens für seelisch Kranke. Diese Heime halten zusätzlich insgesamt 8 ambulant betreute Außenwohngruppen vor. Weiter werden von 2 Trägern Plätze zum ambulant betreuten Einzelwohnen angeboten. Im Suchtbereich sind 2 Angebote zu nennen, dabei handelt es sich um eine Dauerwohneinrichtung mit einer ambulant betreuten Außenwohngruppe.

Da von allen Einrichtungen im Bereich Wohnen im Landkreis Schwandorf nur 3 der 14 verschickten Fragebögen ausgefüllt und zurückgeschickt wurden, können an dieser Stelle keine Schlüsse über Versorgungsgrad und eventuell bestehende Bedarfe gezogen werden.

4.2.3.2.3 Landkreis Cham

Im Landkreis Cham werden 2 Angebote im Bereich des ambulant betreuten Wohnens vorgehalten, die Platzzahl beläuft sich auf 41, wovon 17 für Klienten mit Suchterkrankungen vorgesehen sind. Damit wird ein Versorgungsgrad von 19 Plätzen pro 100.000 für psychisch Kranke und von 13 Plätzen pro 100.000 für Suchtkranke erreicht, beide Bereiche liegen deutlich unter den bereits genannten Richtwerten. Die Auslastung der Einrichtungen liegt erwartungsgemäß bei 100% bei langen Wartezeiten von durchschnittlich 24 Wochen.

Im Bereich des stationären Wohnens dahingegen, werden Platzzahlen weit über den Richtwerten vorgehalten. Sie liegen im Bereich der Wohnangebote für psychisch Kranke bei 104 Plätzen pro 100.000 EW (Empfehlung nach Schröder et al: 32 Plätze pro 100.000 EW). Im Bereich spezieller Plätze für Suchtkranke, in diesem Falle chronisch mehrfach Geschädigte liegt der Versorgungsgrad bei 51 Plätzen pro 100.000 EW (Orientierungswert nach Schröder et al. 8 Plätze/100.000 EW).

Trotz dieser hohen Platzzahlen liegt die Auslastung der Einrichtungen bei durchschnittlich 98%, die durchschnittliche Wartezeit bei 24 Wochen (Spannweite 8 bis 53 Wochen). Dies lässt sich vor allem durch das Fehlen von Alternativen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens erklären. Dem Grundsatz der Vorrangigkeit ambulant betreuter vor stationären Einrichtungen wird in diesem Versorgungsgebiet bei weitem nicht entsprochen, hier scheint es dringend angebracht, Umstrukturierungen zu überdenken. Die hohe Auslastung des überdurchschnittlich hohen Angebots an Wohnheimplätzen zeigt, dass auch Angebote, die deutlich über dem Orientierungswert liegen, in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Dies kann einerseits durch ein überregionales Einzugsverhalten erklärt werden, oder auch dadurch, dass bei verfügbaren Kapazitäten auch Klienten betreut werden, für die ein Angebot mit geringerer Betreuungsintensität ausreichend wäre.

4.2.3.2.4 Zusammenfassung des Angebotes im Bereich der Wohnhilfen

Beim landkreisübergreifenden Vergleich der Inanspruchnahme stationärer und ambulant betreuter Wohneinrichtungen (s. Abb. 39) zeigt sich insgesamt ein hoher Anteil an Klienten mit schizophrenen Psychosen. Vor allem im Bereich der stationären Wohneinrichtungen machen diese einen Anteil von fast 65% aus. Die meist chronische Verlaufsform der Erkrankung mit fortschreitenden Einschränkungen in allen lebenspraktischen Bereichen führt häufig zur Notwendigkeit für die Betroffenen, Hilfen im Bereich Wohnen, und in hohem Maße auch im Bereich des stationären Wohnens in Anspruch zu nehmen. Ein besonderes Augenmerk soll hier noch auf die Verteilung der Klienten mit schizophrenen Psychosen auf den stationären bzw. ambulanten Wohnbereich im Landkreisvergleich gerichtet werden. So können im Stadt und Landkreis Regensburg, wo eine vergleichsweise gute Versorgung mit ambulant betreuten Wohnplätzen vorgehalten wird, immerhin 48% der Klienten mit schizophrenen Psychosen, welche ein Wohnangebot in Anspruch nehmen, in einer ambulant betreuten Wohneinrichtung betreut werden, wohingegen im Landkreis Cham gerade einmal 22% ambulant betreut werden. Der Anteil Suchtkranker im Bereich des ambulant betreuten Wohnen liegt mit 22% etwas unter dem Anteil an Plätzen, die nach Empfehlungen von Schröder et al (2002) für dieses Klientel vorgehalten werden sollten (27,5% der Gesamtplätze im Bereich des ambulanten Wohnen).

4.2.3.3 Arbeitsangebote

4.2.3.3.1 Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) und spezielle Werkstätten für Menschen mit psychischer Behinderung (WfbpM)

Wf(p)bMs ermöglichen behinderten Menschen eine Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie dem ersten Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung stehen (Magin, 2011).

Der Versorgungsgrad mit WfbM-Plätzen speziell für psychisch behinderte Menschen liegt in der Oberpfalz mit 48,3 Plätzen pro 100.000 EW deutlich über dem bayernweiten Durchschnitt von 20 Plätzen pro 100.000 EW (Magin, 2011).

Auch im Stadt und Landkreis Regensburg wird mit einem Versorgungsgrad von 47,3 Plätzen pro 100.000 EW der von Schröder et al. (2002) vorgegebene Orientierungswert von 38 Plätzen pro 100.000 EW bei weitem übertroffen.

Die Versorgungsregion hält dabei mit Retex eine spezielle Werkstätte für Menschen mit psychischer Behinderung vor, wobei der Forderung der Psychiatrie-Enquête nach einer „Entflechtung der verschiedenen Gruppen von Behinderungen“ Rechnung getragen wird.

Obwohl mit der o.g. Platzmessziffer von 47,3 Plätzen pro 100.000 entsprechend dem Orientierungswert nach Schröder et al. von 38 Plätzen pro 100.000 ein ausreichender Versorgungsgrad erreicht wird, geht aus dem Fragebogen eine Auslastung der Einrichtung von mehr als 100%, sowie eine Wartezeit von fast einem Jahr (50 Wochen) hervor, was auf einen reell deutlich höheren Bedarf schließen lässt.

Mit 56 Plätzen pro 100.000 EW liegt der Landkreis Schwandorf bezüglich Wf(p)bM-Plätzen deutlich über dem Orientierungswert von 38 Plätzen pro 100.000 EW.

Die Plätze befinden sich zum einen in einer spezialisierten Werkstätte für Menschen mit psychischer Behinderung, zum anderen liegen speziell für psychisch Kranke ausgewiesene Plätze in einer allgemeinen WfbM vor. Die Auslastung lag in beiden Einrichtungen bei mindestens 100%, Wartezeiten lagen aber nach Angaben in den Fragebögen nicht vor.

Im Landkreis Cham werden 87 Werkstättenplätze speziell für psychisch Kranke vorgehalten, was einem Versorgungsgrad von 67,7 Plätzen pro 100.000 EW liegt, und damit den Orientierungswert nach Schröder et al. deutlich übersteigt. Dabei muss die Tatsache Berücksichtigung finden, dass im gesamten Landkreis Cham lediglich diese eine Form an Hilfe im Bereich Arbeit offeriert wird. 63 der Plätze befinden sich in einer Werkstätte für psychisch behinderte Menschen. Die Auslastung dort liegt nach Fragebogenangaben bei weit über 100%, die Wartezeit beläuft sich auf 9 Wochen. Die restlichen Plätze werden von einer Werkstätte für behinderte Menschen angeboten, die Auslastung dort liegt bei 80%, wobei sich diese Zahl auf die gesamte Einrichtung bezieht, was keine Aussage über die Auslastung der speziellen Plätze für psychisch Kranke zulässt.

Aufgrund der bereits benannten Situation, dass bezüglich der Arbeitsangebote im ganzen Landkreis keinerlei Alternativen angeboten werden, ist nachvollziehbar, dass die einzige Spezialeinrichtung für psychisch Kranke über das normale Maß ausgelastet ist und die Klienten mit langen Wartezeiten rechnen müssen.

4.2.3.3.2 Integrationsfirmen

Integrationsfirmen sind definitionsgemäß durch ihre Nähe zum ersten Arbeitsmarkt geprägt und ein Instrument für den beruflichen Wiedereinstieg. In diesen Einrichtungen arbeiten psychisch Kranke mit nicht beeinträchtigten Personen zusammen. Dies erfolgt unter geringfügig geschützten Bedingungen (Magin, 2011).

Zielgruppe dieser Einrichtungsform sind psychisch Kranke, die auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Anstellung finden können, und in WfbMs unterfordert wären.

Im Stadt und Landkreis Regensburg halten insgesamt 4 Firmen Integrationsplätze vor. Die Gesamtplatzzahl beläuft sich auf 28, womit ein Versorgungsgrad von 8,9 Plätzen pro 100.000 EW aufgewiesen werden kann. Die von Schröder et al. angegebene Orientierungswert von 8 Plätzen pro 100.000 EW wird damit erreicht und liegt auch über dem bayernweiten Durchschnitt von 7,8 Plätzen pro 100.000 EW (Magin, 2011).

Die Auslastung liegt nach Ergebnissen der Fragebogenauswertung bei 100%.

Im Landkreis Schwandorf bestehen 18 Plätze in einer Integrationsfirma vor, was einem Versorgungsgrad von 12,6 Plätzen pro 100.000 EW entspricht und den Richtwert nach Schröder et al. (2002) deutlich übersteigt. Angaben zu Auslastung und Wartezeiten konnten den Fragebögen nicht entnommen werden.

4.2.3.3.3 Zuverdienst

Zuverdienstmaßnahmen beinhalten ein niederschwelliges Angebot für eine stundenweise Beschäftigung gegen einen geringen Lohn. Mit diesen Maßnahmen wird das Ziel verfolgt, Arbeitserprobungen durchzuführen und die Betroffenen zu einer kontinuierlichen Arbeitsleistung hinzuführen (Magin, 2011).

Im Stadt und Landkreis Regensburg werden in 2 Einrichtungen Zuverdienstplätze angeboten, die Platzzahl beläuft sich auf 35, damit auf 11 pro 100.000 EW. Der Versorgungsgrad liegt damit unter dem bayernweiten Durchschnitt von 12,8 Plätzen pro 100.000 EW.

Nur von einer der betreffenden Einrichtungen konnte ein Fragebogen in die Auswertung mit einbezogen werden, dort werden eine Auslastung von 100% und das Bestehen von Wartezeiten angegeben. Konkrete Angaben über die Dauer der Wartezeit liegen uns nicht vor, weshalb Aussagen zu einem eventuellen Mehrbedarf an dieser Stelle nicht abzuleiten sind.

Im Landkreis Schwandorf werden insgesamt 19 Zuverdienstplätze in 2 Einrichtungen angeboten. Mit einem Versorgungsgrad von 13,3 Plätzen pro 100.000 EW wird der bayernweite Durchschnitt von 12,8 Plätzen erreicht. Nur von einer der beiden Einrichtungen liegt uns ein Fragebogen vor, dort wird eine Auslastung von 100% angegeben, auch hier wurden keine konkreten Aussagen über Wartezeiten getroffen.

4.2.3.3.4 Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation

Die Expertenkommission forderte die Schaffung von Angeboten, die Menschen mit psychischen Erkrankungen den Wiedereinstieg in Arbeitsleben ermöglichen sollten. Zu dieser Art von Angeboten werden folgende Einrichtungsarten gerechnet:

Rehabilitationseinrichtungen für Psychisch Kranke Menschen (RPKs), Berufsbildungswerke (BBWs), Berufsförderwerke (BFWs), Berufliche Trainingszentren (BTZs), Eingangs- und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbMs).

RPKs stellen eine Komplexmaßnahme medizinischer und beruflicher Rehabilitation für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen dar. Die Maßnahme zielt neben der Vermittlung eines Beschäftigungsverhältnisses auch auf die Unterstützung bei der Schaffung eines geeigneten Lebensumfeldes einschließlich einer geeigneten Wohnform ab (Magin, 2011). Entgegen der Forderungen im 6. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (1999), alle Regionen mit RPKs auszustatten, können in der untersuchten Region keine entsprechenden Einrichtungen vorgewiesen werden. Die nächstgelegene Einrichtung dieser Art befindet sich in Nürnberg.

BBWs dienen der erstmaligen Berufsausbildung jüngerer behinderter Menschen. Ziel ist es, den Teilnehmern durch einen Berufsabschluss die Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Manche BBWs haben sich auf die Zielgruppe psychisch kranker Menschen spezialisiert. Die Oberpfalz hält keine BBWs vor, das nächstgelegene BBW befinden sich in Abensberg (Magin, 2011).

BFWs halten Angebote für Menschen vor, die bereits im Berufsleben standen und sich krankheitsbedingt beruflich neu orientieren müssen. Die meisten BFWs nehmen psychisch kranke Teilnehmer auf oder weisen auch spezielle Angebote für diese Zielgruppe auf (Magin, 2011). In der untersuchten Region fällt das Berufsbildungswerk Eckert in Regenstauf unter diese Art von Rehabilitationseinrichtungen. Dort werden laut Fragebogenauswertung 400 der 1450 Gesamtplätze von psychisch kranken Menschen in Anspruch genommen.

BTZs zielen speziell auf psychisch behinderte Menschen ab, die bereits über eine Ausbildung oder über Berufserfahrung verfügen. Sie unterstützen bei der Schaffung beruflicher Perspektiven, der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder der Stabilisierung im Vorfeld einer Umschulung oder Ausbildung (Magin, 2011). In den Landkreisen Regensburg, Cham und Schwandorf werden keine entsprechenden Angebote vorgehalten, die nächstgelegene derartige Einrichtung befindet sich in Straubing.

Insgesamt stehen in Stadt und Landkreis Regensburg 526 Plätze in Angeboten zur beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke zur Verfügung. Dies entspricht einem Versorgungsgrad von 166 Plätzen pro 100.000 EW, was deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von nur 2 Plätzen pro 100.000 EW liegt (Becker et al, 2008). Dies ist vor allem erklärbar durch die hohe Platzzahl im Berufsbildungswerk Eckert, die jedoch nicht nur regional genutzt werden, sondern einem erweiterten Einzugsgebiet zur Verfügung stehen. Die 100 Plätze zur beruflichen Rehabilitation in der Lernwerkstatt werden nicht ausschließlich von der hier betrachteten Altersgruppe belegt. Das Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene (bis 25 Jahre). Den Angaben im Fragebogen konnten keine genaueren Informationen zur Altersstruktur entnommen werden, womit keine Aussage darüber getroffen werden kann, wie viele der Plätze tatsächlich von psychisch Kranken aus der Index-Altersgruppe genutzt werden. Das BBW Eckert und die Lernwerkstatt geben an, keine Wartezeiten zu haben, die Auslastung des BBW liegt bei ca. 70%, die der Lernwerkstatt bei 100%. Das BBW Eckert, die Lernwerkstatt und die Eingangsbereiche der Werkstätten für behinderte Menschen schließen nicht ausschließlich psychisch Kranke in ihre Maßnahmen mit ein.

Im Stadt und Landkreis Regensburg besteht mit dem Projekt AnnA lediglich eine Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation, die sich ausschließlich an die Zielgruppe psychisch Kranker wendet. Das Projekt AnnA hält 26 Plätze vor. Betroffene, die dieses Angebot wahrnehmen möchten, müssen sich auf eine Wartezeit von ca. 16 Wochen einstellen.

Demzufolge scheint der Bedarf an spezialisierten und auf die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker abgestimmter Angebote zur beruflichen Rehabilitation nicht gedeckt.

In den Landkreisen Schwandorf und Cham wurden zum Zeitpunkt der Erhebung keine Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation vorgehalten.

4.2.3.3.5 Zusammenfassung des Angebotes im Bereich Hilfen zur Arbeit

Die deutlichen Unterschiede zwischen den untersuchten Landkreisen in der diagnosenspezifischen Inanspruchnahme der Arbeitsangebote lassen sich durch die Heterogenität der Einrichtungsarten in den jeweiligen Landkreisen erklären. Die diagnosenspezifische Betrachtung der Inanspruchnahme erfolgt daher an dieser Stelle landkreisübergreifend.

Mit einem Anteil von ca. 50% in Wf(p)bMs und auf Zuverdienstplätzen machen Klienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in diesen Einrichtungsarten den größten Teil der Beschäftigten aus. Schizophrene Psychosen verlaufen überwiegend chronisch und gehen im Rahmen abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit und reduzierten Antriebs mit einem Abbau der Arbeitsleistung einher. Für diese Betroffenen eignen sich daher häufig die Einrichtungen, die nicht primär das Ziel auf Rückführung zum ersten Arbeitsmarkt verfolgen. In Integrationsfirmen und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation dahingegen finden sich zu über 50% Klienten aus den Diagnosengruppen der affektiven Störungen (F30-F39) und der neurotischen- Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49), bei denen eher eine vollständige Rehabilitation und ein Wiedereintritt in den ersten Arbeitsmarkt erwartet werden könnte. Möglicherweise spiegeln sich hier immer höhere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit im ersten Arbeitsmarkt wieder, die auch Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen den Zugang dorthin verwehren.

Suchtkranke Klienten sind in Wf(p)bMs und im Bereich des Zuverdienstes mit 3 bzw. 11% eher geringfügig vertreten, was am ehesten damit erklärbar ist, dass es in diesem Bereich keine speziellen Einrichtungen für Suchtkranke gibt, jedoch einen großen Prozentsatz an Einrichtungen, die Suchtkranke, insbesondere manifest abhängige Klienten ausschließen. In Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation findet sich ein Anteil Suchtkranker von 22%. Auch diese Einrichtungen geben an, Plätze ausschließlich an Klienten im abstinenten Stadium zu vergeben.

Auffällig bei der Betrachtung des Einrichtungsspektrums im Indexgebiet erscheint, dass in allen untersuchten Versorgungsregionen ein hohes Angebot an Plätzen in Werkstätten für (psychisch) behinderte Menschen vorliegt, das vorliegende Empfehlungen, z.B. nach Schröder et al. deutlich übersteigt. Im Bereich der beruflichen Rehabilitationsangebote, ist die Indexregion dabei gebietsweise deutlich unterversorgt, so finden sich weder im Landkreis Schwandorf noch im Landkreis Cham entsprechende Angebote. Der Landkreis Cham hält zudem keine Angebote im Bereich Zuverdienst und Integrationsfirmen vor.

Durch das Fehlen entsprechender Alternativen erklärt sich die Überauslastung der Werkstätten im Landkreis Cham, obwohl er mit einem Versorgungsgrad von 67,7 Plätzen pro 100.000 EW deutlich über vorliegenden Richtwerten liegt.

Da sich die Einrichtungsarten in ihren Zielsetzungen deutlich unterscheiden, können mit dem Vorhandensein nur einer Angebotsart keineswegs die Bedürfnisse aller Betroffenen in der Region im Bereich Arbeit erfüllt werden. Weiter ist dieser Umstand kritisch zu betrachten, da Betroffene WfbMs oder auch WfbPMs häufig ablehnend gegenüber stehen. Sie werden als „Sonderwelten“ außerhalb der normalen Umwelt empfunden, die nicht dem Wunsch nach Normalität entsprechen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (2007)). Ein Auf- bzw. Ausbau beruflicher Integrations- bzw. Rehabilitationsmöglichkeiten in den betreffenden Regionen wäre damit wünschenswert.

4.2.3.4 Tagesstrukturierende Angebote

Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen häufig Schwierigkeiten im Bereich der Alltagsgestaltung und –strukturierung auf. Einrichtungen zur Tagesstrukturierung sollen diesen Menschen die Möglichkeiten anbieten, ihre lebenspraktischen Fähigkeiten zu trainieren. Eine weitere wesentliche Funktion dieser Einrichtungen liegt im Aufbau bzw. Erhalt sozialer Kontakte (Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (2007)).

In den letzten Jahren ist in diesem Bereich ein vielfältiges Angebot an Einrichtungen entstanden. Diese reichen in ihrem Spektrum von unverbindlichen Begegnungsstätten, wie dem Café Insel in Regensburg, hin zu Tagesstätten mit Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten, bei denen eine regelmäßige und verbindliche Teilnahme erforderlich ist. Diese Angebote der Tagesstätten richten sich vor allem an die psychisch kranken Menschen, die nicht in der Lage sind, einer Beschäftigung im Sinne eines Arbeitsangebotes nachzugehen.

Die Expertenkommission empfahl eine Tagesstätte mit 15 Plätzen als wesentlichen Bestandteil einer jeden Versorgungsregion für den Funktionsbereich Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der deutschlandweite Durchschnitt belief sich 1999 auf 17 Plätze pro 100.000 EW (Wetzig, 2004).

4.2.3.4.1 Stadt und Landkreis Regensburg

Im Stadt und Landkreis Regensburg werden in 2 konzeptionell und strukturell gänzlich unterschiedlichen Einrichtungen mit tagesstrukturierenden Angeboten insgesamt 52 Plätze vorgehalten. Das Angebot richtet sich vorwiegend an chronisch psychisch Kranke. Die

Versorgungsregion liegt mit 17 Plätzen genau im bundesweiten Durchschnitt und erfüllt damit die Empfehlungen der Expertenkommission.

Die Tagesbetreuung des Bezirks Oberpfalz bietet dabei ein intensiv betreutes und strukturiertes Tagesprogramm für 12 Klienten an. Die Tagesbetreuung des Bezirks wurde erst 2010 eröffnet und nachträglich in die Erhebung mit aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Befragung lag die Auslastung bei 83%, was sich durch die kurze Zeit des Bestehens erklären lässt.

Die 40 Plätze des Café Insel werden nicht von festen Klienten in Anspruch genommen werden, dort gilt ein offener Betrieb. Den Besuchern oder Klienten wird ein umfassendes Angebot vorgehalten, das neben verschiedenen Gruppenangeboten zur Freizeitgestaltung auch die Möglichkeit bietet, sich im Café unverbindlich mit anderen Betroffenen auszutauschen, oder kleine Dienste im Cafébetrieb zu übernehmen. Von dieser Einrichtung wurde eine Auslastung von weit über 100% angegeben, was die Bedeutung einer solchen niederschweligen Einrichtung ohne Aufnahme der Klientendaten hervorhebt.

4.2.3.4.2 Landkreise Schwandorf und Cham

In den Landkreisen Schwandorf und Cham wird jeweils eine Tagesstätte mit je 20 Plätzen angeboten, womit den Empfehlungen der Expertenkommission entsprochen wird. In beiden Einrichtungen werden die Plätze nicht von festen Klienten in Anspruch genommen.

In beiden Tagesstätten machen Klienten mit einer schizophrenen Psychose mit über 40% die größte Diagnosengruppe aus. Der niederschwellige Zugang sowie die unverbindlichen Teilnahmemöglichkeiten kommen diesen häufig chronisch kranken Menschen entgegen und geben ihnen, wie in den konzeptionellen Grundzügen der Tagesstätten festgelegt Gelegenheit, im Rahmen ihrer Möglichkeiten Kontakte zu pflegen und ihren Alltag zu gestalten.

Während in der Schwandorfer Einrichtung eine Auslastung von 145% angegeben wird, ist die Tagesstätte in Cham mit 105% nur geringgradig über der normalen Auslastungsgrenze. Dies ist durch die bessere personelle Besetzung zu erklären. So sind in der Chamer Tagesstätte 2 Vollzeitkräfte beschäftigt, in der Schwandorfer Tagesstätte nur insgesamt eine Vollzeitkraft bei insgesamt mehr Klientenkontakten pro Woche. Im Landkreis Cham scheint der Bedarf nach diesen Ergebnissen weitestgehend gedeckt, wohingegen im Landkreis Schwandorf eine Aufstockung der personellen Besetzung diskutiert werden sollte.

In den Bereich der tagesstrukturierenden Angebote müssen inhaltlich für alle Landkreise auch noch verschiedene Freizeit-, Kontakt- und Gesprächsgruppen der Sozialpsychiatrischen Dienste gerechnet werden. Diese Angebote wurden jedoch nicht gesondert erhoben.

4.2.3.5 Zusammenfassende Überlegungen

Bei Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Landkreise bezüglich Wartezeit und Auslastung, dass selbst in der scheinbar gut versorgten Regensburger Region lange Wartezeiten bestehen. Hierbei stellt sich die Frage, ob die gute Hilfsstruktur möglicherweise Betroffene in diese Region zieht. Alternativ könnte der Bedarf in der Stadt größer sein, weil das Leben in der Stadt im Vergleich zum Leben auf dem Land ein bekannter Risikofaktor für die Entwicklung und den Verlauf psychischer Störungen darstellt (Lederbogen et al.; Frick et al. 2013)

Weiter ist davon auszugehen, dass bestehende Angebote auch eine vermehrte Nachfrage und Inanspruchnahme schaffen. Bei einer Vielzahl von Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten ist es wahrscheinlicher, dass Hilfebedürftige ein für sie passendes Angebot finden und in Anspruch nehmen, wodurch ihnen Zutritt ins bestehende Hilfenetz verschafft wird.

Bezüglich der Beurteilung der Notwendigkeit des Ausbaus von Angeboten sollte die Tatsache Berücksichtigung finden, dass jede Einrichtung grundsätzlich eine Vollausslastung anstrebt, und dabei bei gleicher Vergütung möglicherweise Klienten mit einer geringeren Versorgungsintensität bevorzugt. Dadurch können Schwierigkeiten, schwerstbetroffene Klienten bedarfsgerecht zu vermitteln, noch verstärkt werden. Hier kommt die Überlegung auf, zusätzliche finanzielle Anreize für die Aufnahme und Versorgung psychiatrisch schwerstkranker Klienten zu schaffen.

4.2.4 Kooperationspraxis

In Zeiten knapper Budgets und steigender Kosten im Bereich des Gesundheitswesens gewinnen Koordination der Gesundheitsleistungen und Kooperation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren zunehmend an Bedeutung.

Gerade in Bezug auf die Forderung „ambulant vor stationär“, die das Erbringen von Komplexleistungen außerhalb großer Institutionen beinhaltet, spielt funktionierende Kooperation eine grundlegende Rolle.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurde explizit das Kooperationsverhalten der Leistungserbringer des komplementären Versorgungssektors untersucht.

Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Kooperationshäufigkeit, zum einen innerhalb des komplementären Sektors als auch darüber hinaus mit dem medizinisch-ambulanten und dem (teil-)stationären Bereich.

Dabei ergaben sich bei Betrachtung aller Einrichtungen über die Landkreise hinweg häufige Kooperationskontakte mit ambulanten Versorgern und mit Kliniken, während mit anderen Einrichtungen des komplementären Sektors im Durchschnitt nur „gelegentlich“ kooperiert werde. Dies erscheint zunächst überraschend, da sektorenübergreifende Kooperation als

problematischer eingestuft wird. Diese Kooperationsbeziehungen, selbst wenn sie regelmäßig stattfinden, können jedoch häufig vor allem organisatorischer Natur sein, z.B. bei Kooperation zwischen einer Klinik und der nachsorgenden Einrichtung (Ungewitter et al, 2010). Wohingegen eine Zusammenarbeit zwischen z.B. einem Wohnheim und einer Werkstätte vielleicht nur gelegentlich stattfindet, d.h. nur für ein paar wenige Einzelfälle erforderlich ist, dann jedoch häufig eine intensive Zusammenarbeit bedeutet, wie sich aus der Diskussion in den Fokusgruppen ergab.

Im Landkreisvergleich fallen die als „sehr häufig“ eingestuften Kontakte zum ambulant-medizinischen Versorgungssektor im Landkreis Cham auf, was zunächst im Widerspruch zu der geringen Versorgungsdichte im Bereich der niedergelassenen Nervenärzte und Psychotherapeuten zu stehen scheint, da eine geringe Dichte in diesem Versorgungsbereich auch fehlende zeitliche Ressourcen für das Pflegen von Kooperationsbeziehungen erwarten lässt. Ein Erklärungsansatz könnte das Vorhandensein der Institutsambulanz sein. Ob zwischen komplementären Anbietern und der Institutsambulanz besonders viele Kooperationsbeziehungen gepflegt werden, lässt sich jedoch aus den Fragebögen nicht ableiten. Eine andere mögliche Erklärung besteht darin, dass hier die Ansprechpartner aufgrund der kleinen Zahl überschaubarer sind.

Im Landkreis Schwandorf arbeiten die komplementären Anbieter selten oder nie mit den Versorgern aus dem teilstationären Bereich zusammen, was sich vorrangig durch die räumliche Distanz zu den nächsten teilstationären Einrichtungen erklären lässt.

Erwartungsgemäß zeigen sich bei alleiniger Betrachtung der Kooperationshäufigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste eine deutlich höhere Intensität im Vergleich zu den anderen komplementären Einrichtungen und verdeutlichen damit ihre zentrale Rolle im Netzwerk der psychiatrischen Versorgung.

Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchungen zeigen einen hohen Stellenwert der Kooperation auf, wobei sich deutlich herauskristallisierte, dass standardisierte Vorgehensweisen in der Kooperationspraxis bisher eher die Ausnahme sind. Kooperation erfolgt weniger nach Routineabläufen oder festgelegten Protokollen, sondern mehr situativ und damit wenig vorhersehbar.

Nach Ergebnissen der quantitativen Erhebung finden nur knapp 15% aller Kooperationsbeziehungen im Indexgebiet in institutionalisierter Form statt. Dies stützt eine der Kernaussagen der qualitativen Kooperationsanalyse, wonach Kooperation in erster Linie intuitiv und fallbezogen stattfindet und häufig auf persönlicher Bekanntschaft der Akteure beruht.

Es existiert ein Netzwerk unter den Akteuren, in dem regelmäßige und enge Kooperationen ebenso stattfinden, wie sporadische Zusammenarbeit.

Diese Form der Kooperationsbeziehungen zeichnet sich durch hohe Flexibilität, kurze Wege und geringen bürokratischen Aufwand aus und führt in vielen Fällen zum gewünschten Kooperationsergebnis, nämlich der bestmöglichen Versorgung des Klienten. Durch Absprachen und Informationsaustausch im Rahmen dieser Kooperationkontakte wird auch dem Ziel der Kostensenkung entsprochen, da diese Vermeidung von Parallelversorgung und redundanten Untersuchungen führen.

Dieses einzelfallzentrierte und stark personenabhängige Kooperationsverhalten ist jedoch nur so lange aufrecht zu erhalten, wie Personalkonstanz besteht, die Kooperationsbeziehungen stehen und fallen mit einzelnen Personen an Schlüsselpositionen. Um einen Abbruch von Kooperationsbeziehungen zu vermeiden, sollte Kooperation zusätzlich in institutionalisierter Form personenunabhängig zwischen Einrichtungen und Versorgungsbereichen, z.B. in Form von Kooperationsvereinbarungen und -verträgen stattfinden.

Ein großes Problem dabei stellt die Finanzierung der Kooperationsleistungen dar. Im Falle einzelfallbezogener Kooperation können die Akteure zum Teil Fallpauschalen abrechnen oder sich die aufgewandte Zeit vergüten lassen. Wenn jedoch Kooperation auf institutioneller Ebene gefördert werden soll, müssen auch einzelfallunabhängige Kooperationsbasisleistungen vergütet werden (Ungewitter et al, 2010).

Neben der Kostenproblematik wurden häufig lange Wartezeiten der Einrichtungen als kooperationserschwerender Faktor angeführt. Kapazitätenmangel führt demnach häufig zu frustrierten Kooperationserfahrungen.

Dem kann nur durch eine adäquate Bedarfsplanung und entsprechende Anpassung des Angebotes entgegengewirkt werden, was auf übergeordneter Kooperationsebene im Rahmen von Gremien wie den Regionalen Steuerungsverbünden oder dem Planungs- und Koordinierungsausschuss (PKA) erfolgen muss. Im PKA finden sich neben den Leistungserbringern weitere Akteure der psychiatrischen Versorgung, insbesondere auch die Kostenträger.

Neben sicherlich vorhandenen Versorgungslücken in manchen Bereichen wurde wiederholt die Unkenntnis vorhandener Angebote bzw. deren genaue Versorgungsaufträge und freien Kapazitäten als Hindernisse für eine schnelle und optimale Hilfeplanung benannt. Diesem Umstand könnte durch Einrichtung eines zentralen Verzeichnisses Abhilfe geschaffen werden, welches neben der alleinigen Übersicht der Einrichtungen auch die jeweiligen genauen Versorgungsangebote, Zielgruppen, Platzzahlen und freie Kapazitäten umfassen sollte. Um die Aktualität dieses Verzeichnisses gewährleisten zu können, müssten die

Einrichtungen bei Änderungen des Angebotes oder besonders bei freiwerdenden Kapazitäten selbst aktiv werden und diese an die Stelle melden, welche das zentrale Verzeichnis verwaltet.

Hinsichtlich der Netzwerkarbeit spielen Gremien wie Gemeindepsychiatrische Verbünde oder Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften eine wichtige Rolle. In allen betrachteten Landkreisen bestehen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAGen), deren Geschäftsführung dem jeweiligen Gesundheitsamt obliegt. Die PSAGen verfolgen unter anderem das Ziel, durch Koordination und Kooperation eine optimale Nutzung vorhandener Ressourcen zu erreichen (Homepage PSAG Regensburg). Im Versorgungsgebiet Regensburg ist der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) ein Teil der PSAG. Der GPV ist ein Zusammenschluss aller Mitglieder der PSAG und weiterer Beteiligter. Bei Zusammentreffen des GPV werden komplexe Einzelfälle in Beisein der Betroffenen besprochen mit dem Ziel, dem Betroffenen eine adäquate Versorgungsstruktur zu schaffen. Zwischen den Mitgliedern des GPV besteht eine schriftliche Kooperationsvereinbarung, wobei diese sich verpflichten, bei den Treffen vertreten zu sein und ihr Möglichstes dazu beizutragen, die für den Betroffenen erforderlichen Hilfeleistungen zu realisieren. Zu den Treffen eingeladen werden jeweils nur die Mitglieder des GPV, die für den Betroffenen als Versorger in Frage kommen. In den Landkreisen Schwandorf und Cham existieren keine Gemeindepsychiatrischen Verbünde.

95,3% der befragten Einrichtungen, im Landkreis Cham sogar 100% gaben an, in der jeweiligen PSAG mitzuarbeiten. Bei Betrachtung der Kooperationshäufigkeiten in Abhängigkeit von der Mitarbeit in einer PSAG zeigte sich eine wesentlich höhere Kooperationshäufigkeit für Einrichtungen für Mitglieder der PSAGen im Vergleich zu denen, die keiner PSAG angehören. Dies bringt die Bedeutung dieses Gremiums für eine funktionierende Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung zum Ausdruck.

Weiter wurde Kooperation zwischen den Professionen in den Fokusinterviews wiederholt als problematisch beschrieben. Insbesondere die Kooperation mit Vertretern aus dem ärztlichen Sektor wird von Vertretern der komplementären Einrichtungen als schwierig betrachtet, was zu einem großen Teil auf die unterschiedliche Art des Verständnisses von „Behandlung“ zurückzuführen ist. Dabei steht für viele Vertreter der ärztlichen Profession der medizinisch-biologische Aspekt weit im Vordergrund, dem durch eine psychopharmakologische Behandlung und eine Anbindung an einen niedergelassenen Nervenarzt ausreichend Rechnung getragen wird. Auf den sozialpsychiatrischen Anteil der Behandlung wird dahingegen kaum Fokus gelegt, eventuelle Bedürfnisse des Patienten in diesem Bereich werden häufig nicht erkannt. Dies kann zum Teil auf eine Unkenntnis bestehender Angebote,

Strukturen und Möglichkeiten zurückgeführt werden. Durch Aufnahme eines sozialpsychiatrischen Seminars in den Weiterbildungskatalog wird seit einigen Jahren angestrebt, diesem Umstand entgegenzuwirken und unter den Ärzten ein vermehrtes Bewusstsein hinsichtlich der häufig gegebenen Notwendigkeit des Zusammenwirkens medizinischer und sozialpsychiatrischer Behandlung zu schaffen.

Einen wesentlichen Aspekt für erfolgreiche und zielführende Kooperation und häufig auch einen kooperationserschwerenden Faktor stellt auf Grundlage des fragmentierten Versorgungs- und Finanzsystems die Frage nach Kostenübernahme dar. Diese Problematik bezieht sich nicht vorrangig auf die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Leistungserbringern, beeinflusst jedoch in erheblichem Maße die Rahmenbedingungen (Ungewitter et al, 2010). Probleme treten besonders dann auf, wenn Übergänge zwischen verschiedenen Sektoren stattfinden sollen oder eine Versorgung mit Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren angedacht ist. Dieser häufig genannten Kooperationsbarriere sollte vor allem auf politischer Ebene und der Ebene der Kostenträger entgegengewirkt werden, durch Schaffung zielgerichteter gesetzlicher Rahmenbedingungen hinsichtlich auf die psychiatrische Versorgung abgestimmter Kooperationsmodelle.

Zusammenfassend wären ideale Voraussetzungen für erfolgreiche Kooperation ausreichende zeitliche Kapazitäten und Vergütung der Kooperationsleistungen sowie ausreichende Kapazitäten der Versorgungsangebote, das Bestehen sowohl persönlicher als auch institutioneller Beziehungen und eine Verbesserung interdisziplinärer Zusammenarbeit durch Kenntnis der vorhandenen Angebote und Strukturen und durch gegenseitige Wertschätzung und Interesse an den jeweils anderen Denk- und Arbeitsweisen.

4.3 Schlussfolgerungen

Die hier angewandte Methode ermöglichte eine umfassende Darstellung der Versorgungslandschaft der Indexregion, mit Schwerpunkt auf der komplementären Versorgung. Da nicht administrativ festgelegten Zuständigkeitsbereiche und Versorgungsregionen, sondern vorrangig räumliche Nähe das Nutzungsverhalten der Betroffenen beeinflusst⁴⁹, wären nachfolgende Erhebungen unter Ausweitung der betrachteten Region wünschenswert. Um eine detaillierte Darstellung wie im Bereich hier im Bereich der komplementären Einrichtungen für das gesamte psychiatrische Versorgungsspektrum erreichen zu können, sollten alle Sektoren in die Fragebogenerhebung miteingeschlossen werden. Zur Verbesserung der Datenqualität für Versorgungsforschung und Versorgungsplanung im Bereich der komplementären Einrichtungen, wäre die Implementierung einer Basisdokumentation, wie von Kallert et al. im

Bundesland Sachsen, möglicherweise hilfreich. Dabei muss jedoch der zeitliche Aufwand in Betracht gezogen werden, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass diese Zeit vom direkten Klientenkontakt abgezogen werden müsste. Dies bedarf einer sorgfältigen Kosten-/Nutzenabwägung.

Insgesamt wird in der Indexregion ein vielfältiges Angebot an psychiatrischen Versorgungsleistungen vorgehalten, wobei sich die Versorgung bei angebotsspezifischer und regionaler Betrachtung häufig unausgewogen präsentiert.

In allen Landkreisen bestehen in verschiedenen Teilbereichen der Versorgung Defizite, in anderen Teilbereichen eine gute bis überdurchschnittliche Versorgungsdichte.

Besonders deutliche Versorgungslücken zeigen sich nach der vorliegenden Untersuchung im Landkreis Schwandorf. In diesem Landkreis werden weder stationäre noch teilstationäre Angebote vorgehalten, auch steht den Betroffenen keine Institutsambulanz zur Verfügung.

Die im Vergleich ebenfalls unterdurchschnittliche Versorgungsdichte mit niedergelassenen Nervenärzten und Psychotherapeuten kann diese Defizite nicht ausgleichen. Da sowohl die stationäre als auch die medizinisch-ambulant-psychiatrische Versorgung in einer sich wesentlich beeinflussenden Wechselwirkung mit den komplementären Diensten steht³⁷ hält der SpDi hier die im Landkreisvergleich mit Abstand längsten Wartezeiten vor. Für diesen Landkreis wäre eine psychiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus mit Anbindung einer Institutsambulanz und einem teilstationären Angebot wünschenswert.

Derartige psychiatrische Abteilungen, deren Einrichtungen bereits in der Psychiatrie-Enquête im Zuge der Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker gefordert wurde, fehlen bislang im gesamten Indexgebiet. Bei einer Bettenmessziffer im unteren bis mittleren Bereich der Empfehlungen der WHO für die Indexregion sollte ein Ausbau der Bettenzahl durch Einrichtung solcher Abteilungen diskutiert werden.

Auch psychiatrische Krisendienste oder Krisenzentren, welche eine schnelle außerstationäre Behandlung akuter psychiatrischer Krisen leisten können, fehlen im gesamten Indexgebiet. Den Empfehlungen der Expertenkommission, wonach solche Krisendienste als ein wesentlicher Bestandteil der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in jeder Region vorzuhalten sind, wird demnach nicht entsprochen.

Im Bereich der ambulant betreuten Wohnangebote weisen Wartezeiten von bis zu 50 Wochen im Landkreis Regensburg und von weit über 20 Wochen im Landkreis Cham auf ein deutliches Unterangebot, was sich auch im Vergleich mit Richtwerten bestätigt. Dieses Angebot bedarf dringend einer Erweiterung. Im Landkreis Cham sollte dabei eine generelle Umstrukturierung der Versorgung mit Wohnangeboten diskutiert werden, wenn den

geltenden Forderungen nach einer Versorgung von „ambulant vor stationär“ auch in Bezug auf Wohnen entsprochen werden, oder zumindest eine Annäherung an diese erfolgen soll.

Im Landkreis Cham ergab sich weiter eine sehr einseitige Versorgung im Bereich der Arbeitsangebote, eine Erweiterung der Angebote durch Schaffung von Integrations- und Zuverdienstplätze erscheint dringend erforderlich.

Insgesamt wird den Forderungen der Psychiatrie-Enquête in der betrachteten Versorgungsregion auch fast 40 Jahre später in vielen Teilbereichen noch nicht entsprochen, wohingegen in anderen Teilbereichen differenzierte und gemeindenahе Versorgungsstrukturen vorgehalten werden können. Es wäre wünschenswert, dass sich alle an der Versorgung beteiligten Akteure diese grundlegenden Ziele auch in Zeiten gesundheitsökonomischer Herausforderungen präsent bleiben.

Die durchgeführte Kooperationsanalyse ermöglichte in ihrer Gesamtheit durch Miteinbeziehen von Leistungserbringern aus allen Versorgungssektoren einen guten Einblick in die bestehende Kooperationspraxis.

Kooperation wird von allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteuren als wesentlich angesehen, und in unterschiedlicher Form und Ausprägung auch praktiziert. Kooperation erfolgt insgesamt eher situativ fallbezogen als systematisch und standardisiert. Diese Form der Kooperation scheint weitestgehend effektiv bei geringem personellem Aufwand, hat aber auch Nachteile wie Abhängigkeit von persönlichen Bekanntschaften und geringer Vorhersagbarkeit.

Schwierigkeiten in der Kooperation ergeben sich häufig bei sektorübergreifender Zusammenarbeit, vor allem wenn diese mit einem Wechsel des Kostenträgers einhergeht. Als problematisch wurde auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschrieben. Hier gilt es für alle Berufsgruppen Offenheit und Interesse gegenüber den Denk- und Arbeitsweisen anderer Professionen an den Tag zu legen. Insbesondere Kooperation zwischen Ärzten und Vertretern nicht medizinischer Berufsgruppen scheint sich schwierig zu gestalten. Vertreter aus dem komplementären Bereich beklagen dabei ein geringes Bewusstsein vieler Ärzte bezüglich der Bedeutung des sozialpsychiatrischen Aspekts bei der Versorgung psychisch Kranker.

Um hier Abhilfe zu schaffen und Kontakte herzustellen wäre es sinnvoll, über das ohnehin in der Facharztweiterbildung implementierte sozialpsychiatrische Praktikum hinaus Teilnahmen an Gremientreffen wie z.B. der PSAGen in den Weiterbildungskatalog mitaufzunehmen. Im Gegenzug sollten medizinisch-psychiatrische Fortbildungen für Mitarbeiter der

komplementären Einrichtungen vorgehalten werden, um diesen Einblick in die psychiatrischen Sicht- und Behandlungsweisen zu gewähren.

Aufgrund der Fragmentierung des Versorgungssystems liegt das Wissen über bestehende Angebote und Strukturen nicht in einer Hand. Selbst für Experten und Kenner der jeweiligen Versorgungsregion gestaltet es sich daher nicht einfach, den Gesamtüberblick zu behalten. Als hilfreich könnte sich hier die Einrichtung eines zentralen Registers über alle Leistungserbringer erweisen. Um die Aktualität des Registers und eine jederzeitige Übersicht über bestehende Angebote und Platzkapazitäten zu gewährleisten müssten sich die erfassten Einrichtungen verpflichten, Veränderungen zeitnah an eine zentrale Koordinierungsstelle weiterzugeben. Um dieses Register allen an der Versorgung Beteiligten zu jeder Zeit zur Verfügung zu stellen sollte dieses idealerweise in digitaler Form vorliegen und online abrufbar sein. In einer weiteren Ausbaustufe wäre auch die Terminvergabe über ein derartiges digitales Netzwerk denkbar. Unabhängig von der Organisationsform sollte jedoch berücksichtigt werden, dass der persönliche Kontakt der Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen (zum Beispiel im Rahmen der PSAG) den wichtigsten Einflussfaktor für funktionierende Kooperation darstellt.

Bei knappen finanziellen und personellen Ressourcen in allen Versorgungsbereichen besteht weiter die Notwendigkeit, Kooperationsleistungen auch über den Einzelfall hinaus zu vergüten, d.h. Gremienarbeit oder institutionalisierte Netzwerkarbeit muss im Sinne einer „Kooperationsbasisleistung“ abrechenbar sein.

Kooperationsmodelle wie Projekte der Integrierten Versorgung enthalten vielversprechende Ansätze auch für den Bereich der Versorgung psychisch Kranker. Diese Modelle sind jedoch primär diagnosenorientiert und gehen von einer fest planbaren, vorherbestimmbaren Aufteilung von Aufgaben in Abhängigkeit einer bestimmten Diagnose aus. Dies wird den individuellen Hilfebedürfnissen psychisch Kranker, abhängig von Art und Ausmaß der krankheitsassoziierten Einschränkungen, nicht vollständig gerecht (Ungewitter et al, 2010). Kooperationsmodelle im psychiatrischen Bereich bedürfen einer flexibleren und an die individuellen Belange der Klienten anpassbaren Struktur.

5 Anhang

5.1 Literatur- und Quellenverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2001). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2001). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete Band 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH

Aktion Psychisch Kranke, Homepage, <http://www.psychiatrie.de/apk/ueber-apk/>; Aufruf 17.10.2011

Andritzke, N (2011): Die komplementäre psychiatrische Versorgung im Stadt- und Landkreis Regensburg, Strukturen, Inanspruchnahme und Kooperation. Bachelorarbeit. Hochschule Regensburg.

Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (2007). Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.) Baden-Württemberg: Gesundheitsministerkonferenz

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2004) Bericht der Arbeitsgruppe 3, „Qualitätssicherung, Planung, Koordinierung; <http://www.febs-bayern.de/uploads/media/psygru-ag03.pdf>

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2007). Gesundheitspolitik. Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. München

Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S (2007) Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie; Kohlhammer-Verlag

Becker T (1998) Gemeindepsychiatrie – Entwicklungsstand in England, Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme Verlag

Böcker, F M, Jeschke F, Brieger P (2001) Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the „European Service Mapping Schedule“

Bundesregierung (2010). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/2557).

Bühringer, G. (1997). Suchtkrankenhilfe und Forschung in Deutschland: eine problematische Beziehung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven

Bundesamt für Statistik, 2009

Conolly J (1856) The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints

Cranach M (2000): Formen betreuten Wohnens innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Psychiat Prax; 27, Sonderheft 2: 59-63

DAK Forschung (2008) (Hrsg). Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Mann und Gesundheit. Hamburg: IGES-Eigenverlag

DAK Forschung (2008) (Hrsg). Gesundheitsreport 2008 für Bayern. Hamburg: IGES-Eigenverlag

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) (2001): Psychiatriepolitische Eckpunkte der DGSP. Köln

easy soft GmbH, Dresden, Homepage, <http://www.easy-soft-dresden.de/internet-offen/index.htm?/internet-offen/3641.htm>

Ernst K (1998): Psychiatrische Versorgung heute: Konzepte, Konflikte, Konsequenzen.

Europäische Gemeinschaften, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (2005) Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel: Europäische Kommission

Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung

Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. (2013) The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. PLoS One. 2013 Oct 8;8(10):e75612.

Fritze J. (2005). Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? In Berger M, Fritze J, Roth-Sachenheim C, Vorderholzer U: Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahme der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Gaebel W, Wölwer W (2010) Heft 50 aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Schizophrenie. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf LVR-Klinikum Düsseldorf

Gebhardt R.-P, Schmidt-Michel P.-O (2002). Gemeindenahe stationäre Versorgung für Schizophreniepatienten. Eröffnung einer Satellitenstation am Allgemeinkrankenhaus. The European Journal of Health Economics,3, 131-134

Gesellschaft für Konsumforschung (2011). GfK-Bevölkerungsstrukturdaten – Regensburg ist die neue Singlehauptstadt (http://www.gfk-geomarketing.de/fileadmin/newsletter/pressemitteilung/BVSD2010_20110127.html), Zugriff am 14.11.2011.

Heiligenfeldklinik Waldmünchen, Telefonauskunft, 12.10.2011

- Johnson S, Kuhlmann R & EPCAT Group** (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (405), 14-23
- Kallert T W, Leisse M** (2000) Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich. Entwicklung und Erprobung im Freistaat Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 27, 86-91
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern;** Onlineauskunft über niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (November 2012)
- Kolling H** (2001) Ein "Reform-Versuch" des Strafvollzugs nach 1945: Das Gefangenenhospital - Sondervollzugsanstalt - Marburg (Lahn) 1947-1952; Hessische Historische Kommission Darmstadt
- Lähr H** (1903) Vorwort zum Bericht anlässlich des 50jährigen Bestehens der Privat-Heilanstalt Schweizerdorf
- Lederbogen F, Haddad L, Meyer-Lindenberg A** (2013) Urban social stress – Risk factor for mental disorders. The case of schizophrenia. *Environ Pollution* Dez. 2013; 183C: 2-6. Epub 2013Jun19.
- Magin, A** (2011) Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischer Behinderung. Unpublished. Regierung des Bezirks Oberpfalz. Regensburg.
- Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz** (2012). Bettenplan, Stand 01.02.2012, Intranet der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der** (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, 317: 111–115.
- Meise U, Kemmler G, Kurz M, Rössler W** (1996): Die Standortqualität als Grundlage psychiatrischer Versorgungsplanung. *Das Gesundheitswesen* 58 Sonderheft 1: 29-38.
- Möller H.-J, Laux G, Deister A** (2005); *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3. Auflage, Stuttgart, Thieme Verlag
- Nöthen M, Böhm K** (2009) Heft 48 aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Krankheitskosten. Robert Koch-Institut, Berlin
- Ohm, G** (2008) Das „Hamburger Modell“ des UKE Integrierte Versorgung für Psychose-Patienten. Vortrag im Rahmen des 4. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung am 07. November 2008 „knock out“ oder „big deal“? Die Zukunft der IV-Modelle Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Stellungnahme zur Integrierten Versorgung;
- Patel A, Knapp MRJ** (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5: 4–10.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Regensburg, Homepage: [http://www.landkreis-regensburg.de/orgdata.asp?naviid=%7B3FCC080E-8B25-4FF9-80B4-](http://www.landkreis-regensburg.de/orgdata.asp?naviid=%7B3FCC080E-8B25-4FF9-80B4-5B62D5D346E4%7D&OrgID=%7B5859D77C-C2CC-4C10-B8F9-37611D9AB0BF%7D)

[5B62D5D346E4%7D&OrgID=%7B5859D77C-C2CC-4C10-B8F9-37611D9AB0BF%7D](http://www.landkreis-regensburg.de/orgdata.asp?naviid=%7B3FCC080E-8B25-4FF9-80B4-5B62D5D346E4%7D&OrgID=%7B5859D77C-C2CC-4C10-B8F9-37611D9AB0BF%7D) am 12.11.2012

Regierung der Oberpfalz (2009). Oberpfalz in Zahlen. Daten und Trends zur Regionalentwicklung (12. Auflage). Regensburg

Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).

Rössler W, Richer A, Löffler W, Fätkenheuer B (1990) Community care in child psychiatry - An empirical approach using the concept of travel time. Central Institute of Mental Health, Mannheim

Rössler W, Salize HJ (1993) Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung. Deutscher Studien Verlag Weinheim

Rössler, W (2003) Versorgungsstrukturen. In Möller, H.-J. Laux, G.& Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). Psychiatrie/Psychotherapie (2. Auflage) (S. 843-865). Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Rössler W (2005), Versorgungsstrukturen (S. 946ff) in Möller, Laux, Kapfhammer, Psychiatrie&Psychotherapie, 3. Ausgabe

Rössler W, Koch U (2005) Psychiatrie Luxemburg, Planungsstudie 2005, Bestandserhebung und Empfehlungen. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Forschungsabteilung Public Mental Health

Schneider F, Bergmann F, Falkai P (2010) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) „Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren“

Schröder W, Rehberg W, Zich K (2002) Psychiatrische Versorgung in Hessen, Entwicklung bis 2007. Berlin: IGES-Eigenverlag

Stadt Regensburg (2010) Statistisches Jahrbuch. Regensburg: Stadt Regensburg, Amt für Stadtentwicklung, Abteilung Statistik

Steckermaier, H (2010) Versorgung und Managed Care in der Gemeindepsychiatrie - Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes nach § 140a ff SGB V; Masterarbeit, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München

Strauss A, Corbin J (1990) Basics of Qualitative Research: Grounded theory procedures and techniques

TCM-Klinik Bad Kötzing, Telefonauskunft, 12.10.2011

- Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S, Cesano S, Testa C, Scala E, Pinciaroli L** (2005) Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *Mental Health Polixy Economics*. 8(2), 95-106
- Thornicroft G** (1991) Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *Br J Psychiatry* 158
- Ungewitter C et al.** (2010). Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmemuster und Kooperation der Leistungserbringer. Abschlussbericht des Forschungsprojekts im Rahmen der Förderinitiative Der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung (Version 1.1). Leipzig: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig
- Wetzig F** (2004) , Die psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den Jahren 1996 bis 1998. Dissertation, medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Wittchen H.-U, Jacobi F** (1998) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland - Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie & Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München , TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, AG Epidemiologie und Verhaltensforschung
- Wittchen H.-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtunz B** (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie
- Wittchen H.-U, Jacobi F** (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland; Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001, 44:993-1.000, Springer-Verlag
- Wittchen H.-U., Jacobi F, Klose M, Ryl L** (2010) Heft 51 aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Depressive Erkrankungen. Robert Koch-Institut, Berlin
- World Health Organization,** Global Burden of Disease (GBD) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- World Health Organisation** (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organisation
- World Health Organization,** Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005, Mental Health Atlas
- Zechert C, Suhre R** (1997): Heimliche Psychiatrie – Psychiatrie in Heimen. DGSP-Expertenanhörung: Ergebnisse und Forderungen. *Soziale Psychiatrie*: 4-8

5.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Leading causes of disability-adjusted life years (DALYs); 2001, age 15-44.

Tab. 2: Leading causes of burden of disease, countries grouped by income

Tab. 3: Rentenzugänge bei verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2008

Tab. 4: Fläche und Bevölkerung, Indexregion

Tab. 5: Erwerbstätigkeit, Indexregion

Tab. 6: Zu erwartende Fallzahlen anhand der 12-Monats-Prävalenzen des Bundesgesundheitssurveys (BGS) von 1998²

Tab. 7: In die Erhebung einbezogene Angebote

Tab. 8: Rücklaufquoten nach Institutionen und Landkreisen

Tab. 9: Stationäre/teilstationäre Versorgung in Kliniken, Indexregion

Tab. 10: An der psychiatrischen Versorgung beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten

Tab. 11: Ambulante Versorgung nach SGB V, Indexregion

Tab. 12: Übersicht komplementäre Angebote, R-S und LK R

Tab. 13: Beratungseinrichtungen, R-S und LK R, Übersicht

Tab. 14: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsangebote, R-S u. LK R

Tab. 15: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote, R-S und LK R

Tab. 16: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Arbeitsangebote, R-S und LK R

Tab. 17: Übersicht Wohneinrichtungen R-S und LK R

Tab. 18: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Wohnangebote R-S und LK R

Tab. 19: Tagesstätten, R-S und LK R, Übersicht

Tab. 20: Übersicht komplementäre Angebote im LK Schwandorf

Tab. 21: Beratungseinrichtungen, Landkreis Schwandorf, Übersicht

Tab. 22: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsstellen, LK SAD

Tab. 23: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote LK Schwandorf

Tab. 24: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Arbeitsangebote, LK Schwandorf

Tab. 25: Übersicht Wohneinrichtungen LK SAD

Tab. 26: Übersicht komplementäre Angebote, LK CHA

Tab. 27: Beratungseinrichtungen, LK CHA, Übersicht

Tab. 28: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Beratungsstellen, LK CHA

Tab. 29: Einrichtungen und Platzzahlen, Arbeitsangebote LK CHA

Tab. 30: Übersicht Wohneinrichtungen LK CHA

Tab. 31: Von der Versorgung ausgeschlossene Personen, Wohnangebote, LK Cham

Tab. 32: Komplementäre Versorgung, Indexregion

Tab. 33: Auslastung und Wartezeit nach Einrichtungsart

Tab. 34: Auslastung und Wartezeit in Wohneinrichtungen (WE) ohne Suchteinrichtungen

Tab. 35: Aufteilung der Klienten in ambulante und stationäre Wohnformen nach Diagnosen

Tab. 36: Prozentualer Anteil an Kooperationspartnern, mit denen Kooperation in institutionalisierter Form stattfindet

Tab. 37: Übersicht Versorgungsregion und Vergleichswerte

5.3 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Burden of neuropsychiatric conditions as a proportion of the total burden of disease, estimates for 2000;

Abb. 2: Ten leading causes of burden of disease, world, 2004 und 2030

Quelle: Global Burden of Diseases 2004

Abb. 3: Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen (4 häufigste Diagnosengruppen nach ICD-10) bei Erwachsenen von 18-65 Jahren

Abb. 4: Erstkontakte nach Diagnosen, anteilig in %, Beratungsangebote, R-S und LK R

Abb. 5: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, R-S und LK R

Abb. 6: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, R-S und LK R

Abb. 7: Finanzierung der Beratungseinrichtungen, R-S und LK R

Abb. 8: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10, Arbeitsangebote, R-S und LK R

Abb. 9: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, R-S und LK R

Abb. 10: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, R-S und LK R

Abb. 11: Klienten in Wohneinrichtungen nach Diagnosen, R-S und LK R

Abb. 12: Dauer der Inanspruchnahme, Wohnangebote, R-S und LK R

Abb. 13: Finanzierung der Wohnangebote nach Plätzen, R-S und LK R

Abb. 14: Erstkontakte nach Diagnosen, Beratungsstellen, LK SAD

Abb. 15: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, LK SAD

Abb. 16: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, LK SAD

Abb. 17: Finanzierung der Beratungseinrichtungen, LK SAD

Abb. 18: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10; Arbeitsangebote, LK SAD

Abb. 19: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, Landkreis Schwandorf

Abb. 20: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, LK SAD

Abb. 21: Klienten nach ICD-10-Diagnosen, Tagesstätte, LK SAD

Abb. 22: Dauer der Inanspruchnahme, Tagesstätten, LK SAD

Abb. 23: Erstkontakte nach ICD-10-Diagnosen, anteilig in %, Beratungsstellen, LK CHA

Abb. 24: Dauer der Inanspruchnahme, Beratungsstellen, LK CHA

Abb. 25: Jährliche Kontakte pro Klient, Beratungsstellen, LK CHA

Abb. 26: Diagnosen-Verteilung der Klienten nach ICD-10; Arbeitsangebote, LK CHA

Abb. 27: Dauer der Inanspruchnahme, Arbeitsangebote, LK CHA

Abb. 28: Finanzierung der Arbeitsangebote nach Plätzen, LK CHA

Abb. 29: Klienten in Wohneinrichtungen nach ICD-10, LK CHA
Abb. 30: Dauer der Inanspruchnahme, Wohnangebote, LK CHA
Abb. 31: Finanzierung der Wohnangebote nach Plätzen, LK CHA
Abb. 32: Klienten nach ICD-10-Diagnosen, LK CHA
Abb. 33: Dauer der Inanspruchnahme, Tagesstätte, Landkreis Cham
Abb. 34: Versorgungsdichte nach Einrichtungsarten
Abb. 35: komplementär-psychiatrische Einrichtungen im Indexgebiet
Abb. 36: Psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung
Abb. 37: Diagnosen nach Einrichtungen
Abb. 38: Diagnosenverteilung im Bereich Wohnen
Abb. 39: Diagnosenverteilung im Bereich Arbeit
Abb. 40: Kooperationshäufigkeit der komplementären Einrichtungen mit den Versorgungssektoren ambulant, stationär, teilstationär und komplementär
Abb. 41: Kooperationsintensität der Einrichtungen nach Landkreisen
Abb. 42: Kooperationsintensität der Sozialpsychiatrischen Dienste (alle Landkreise)
Abb. 43: Kooperationshäufigkeit in Abhängigkeit von der Mitarbeit in einer PSAG

5.4 Exemplarischer Fragebogen für die Bestandsaufnahme und Bedarfsbemessung der komplementären Versorgung psychisch kranker Menschen in der Oberpfalz

Bestandsaufnahme und Bedarfsbemessung der komplementären Versorgung psychisch kranker Menschen in der Oberpfalz

Fragebogen-Nr.:

Name der Einrichtung:

Versorgungsangebot:

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ☐ Kästchen-Symbol: **Kreuzen** Sie bitte die jeweilige Antwort an.
_____ Durchgezogene Linie: **Schreiben** Sie Ihre Antwort bitte in **Fließtext**.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen Form verwendet, so schließt dies das weibliche Geschlecht mit ein.

1. ORGANISATION UND STRUKTUR

- 1.1 Wer ist der Leiter Ihrer Einrichtung?

Name: _____

Qualifikation: _____

- 1.2 Wer ist in Ihrer Einrichtung der Ansprechpartner für Rückfragen bezüglich dieses Fragebogens?

Name: _____

Funktion: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

- 1.3 Wer ist der Träger Ihrer Einrichtung?

(Bei Mehrfachträgerschaft bitte alle Träger angeben!)

- 1.4 Welche Rechtsnatur hat der Träger Ihrer Einrichtung?

(Bei Mehrfachträgerschaft bitte alle entsprechenden ankreuzen!)

☐ öffentlich-rechtlich

☐ privatrechtlich

☐ freigemeinnützig

- 1.5 Seit wann existiert Ihre Einrichtung?

- 1.6 Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Versorgungsauftrag.

- 1.7 Welche Öffnungszeiten hat Ihre Einrichtung?

Wann ist Ihre Einrichtung telefonisch erreichbar?

Ist Ihre Einrichtung auch am Wochenende und an Feiertagen geöffnet?

☐ Ja

☐ Nein

- 1.8 Gibt es für die Aufnahme von Klienten in Ihre Einrichtung Wartezeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit eines Klienten von der Erstanfrage bis zum Maßnahmenbeginn?

_____ Wochen

- 1.9 Welche der folgenden Personengruppen sind die Hauptzielgruppen Ihrer Einrichtung? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Kinder/Jugendliche < 18 Jahre

☐ Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren

- ☐ Erwachsene > 64 Jahre
- ☐ Personen mit ausschließlich Drogen- und/oder Alkoholproblemen
- ☐ Personen mit geistiger Behinderung

1.10 Gibt es Personengruppen, die üblicherweise von der Versorgung in Ihrer Einrichtung ausgeschlossen sind?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Kinder/Jugendliche < 18 Jahre
- ☐ Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren
- ☐ Erwachsene > 64 Jahre
- ☐ Frauen
- ☐ Männer
- ☐ Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit
- ☐ Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen
- ☐ Akut psychotische Personen
- ☐ Suizidale Personen
- ☐ Fremdgefährliche Personen
- ☐ Personen mit forensischer Vorgeschichte
- ☐ Personen mit geistiger Behinderung
- ☐ Pflegebedürftige Personen
- ☐ Personen mit Wohnort außerhalb der Versorgungsregion
- ☐ Personen, die kein/wenig deutsch sprechen
- ☐ Sonstige: _____

1.11 Gibt es in Ihrer Einrichtung spezielle Angebote in nicht-deutscher Sprache?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche Sprachen werden angeboten?

Was wird Klienten empfohlen, die kein bzw. wenig Deutsch sprechen?

1.12 Welche Kostenträger finanzieren die Versorgung durch Ihre Einrichtung zu welchen prozentualen Anteilen? Bitte tragen Sie die jeweiligen Prozentzahlen ein. Wenn Ihnen keine genauen Werte zur Verfügung stehen, geben Sie bitte ungefähre Schätzwerte an.

Kostenträger	Prozentualer Anteil
Krankenkasse	%
Rentenversicherung	%
Stadt/Landkreis	%
Bezirk	%
Staat	%
Bundesagentur für Arbeit	%
ARGE	%
Berufsgenossenschaft	%
Privat	%
Sonstige: _____	%

2. PERSONAL

2.1 Bitte tragen Sie für die jeweiligen Berufsgruppen die aktuelle Anzahl der in Ihrer Einrichtung beschäftigten Vollzeitkräfte ein.

Berufsgruppe	Anzahl der Vollzeitkräfte
Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatische Medizin/Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Ärzte anderer Fachrichtungen	
Psychologische Psychotherapeuten	
Nicht approbierte Diplom-Psychologen	
Diplom-Pädagogen, Erzieher	
Sozialpädagogen, Sozialarbeiter	
Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger	
Sonderpädagogen	
Psychiatrisches Pflegepersonal	
Sonstiges Pflegepersonal	
Ergo-/Arbeits-/Beschäftigungs-/Musik-/Kunst-/Sporttherapeuten	
Physiotherapeuten, Motopäden, Logopäden	
Fachkräfte als Anleiter oder Betreuer (z.B. Gesellen oder Meister aus Handwerk/Handel/Industrie)	
Seelsorger	
Ehrenamtliche Mitarbeiter	
Praktikanten, Zivildienstleistende, FSJler	
Mitarbeiter, die keine direkt patientenbezogene Arbeit leisten (z.B. Verwaltungs-/Wirtschafts-/Raumpflegepersonal)	
Sonstige: _____	

2.2 Falls keine Psychiater fest angestellt sind: Erhält Ihre Einrichtung konsiliarische Beratung durch Psychiater?

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

3. KLIENDEL

3.1

Diagnosegruppe	Gesamtzahl	0-17 Jahre	18-64 Jahre	> 64 Jahre
F0 Demenz				
F1 Alkoholabhängigkeit				
F1 Sonstige Suchterkrankungen				
F2 Schizophrenie				
F3 Depression				
F3 Bipolare affektive Störung				
F4 Angst-/Zwangsstörung				
F4 Belastungsreaktion/ posttraumatische Belastungsstörung				
F5 Essstörung				
F6 Persönlichkeitsstörung				
F7 Intelligenzminderung				
F8 Kinder- und F9 jugendpsychiatrische Störungen				
Sonstige psychische Störungen				
Nicht-psychiatrische Lebensprobleme				
Sonstige: _____				

3.2 Wie hoch ist der prozentuale Anteil der weiblichen bzw. der männlichen Klienten in Ihrer Einrichtung?

_____ % Frauen _____ % Männer

3.3 Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Klienten in Ihrer Einrichtung, die kein bzw. wenig Deutsch sprechen?

_____ %

4. PARTIZIPATION

4.1 Auf welche Weise gestaltet sich in Ihrer Einrichtung die Beteiligung bzw. Mitbestimmung der Klienten und ihrer Angehörigen (z.B. Nutzerbefragungen, Mitbestimmung über Behandlungspläne etc.)?

4.2 Gibt es hierfür institutionalisierte Formen?

- ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche (z.B. Patientenbeirat, Heimbeirat etc.)?

5. KOOPERATION UND VERNETZUNG

5.1 Bitte geben Sie an, wie häufig Ihre Einrichtung bezüglich der Betreuung von Klienten mit anderen psychiatrischen Einrichtungen kooperiert und mit welchen anderen psychiatrischen Einrichtungen eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit besteht.

Einrichtung	Zusammenarbeit				Institutionalisier te Form der Zusammenarbeit
	nie	selten	gelegentlich	häufig	
Ambulante psychiatrische Versorgung (z.B. niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Institutsambulanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre psychiatrische Versorgung (z.B. Fachkliniken, Allgemeinkrankenhäuser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre psychiatrische Versorgung (Tages-/Nachtkliniken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohneinrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime, Wohngruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreutes Einzelwohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrische Dienste, Gemeindepsychiatrischer Verbund, Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation (z.B. Berufsbildungswerke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkstätten, geschützte Arbeitsplätze, Einrichtungen zur Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderkindergärten, Sonderschulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justizvollzugsanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5.2 Bitte geben Sie an, welche anderen psychiatrischen Einrichtungen Ihrer Einrichtung Klienten zuweisen bzw. an welche Einrichtungen Sie Klienten weiter weisen.

Einrichtung	Diese Einrichtung weist uns Klienten zu	An diese Einrichtung weisen wir Klienten weiter
Ambulante psychiatrische Versorgung (z.B. niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Institutsambulanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre psychiatrische Versorgung (z.B. Fachkliniken, Allgemeinkrankenhäuser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre psychiatrische Versorgung (Tages-/Nacht-kliniken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime, Wohngruppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreutes Einzelwohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrische Dienste, Gemeindepsychiatrischer Verbund, Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation (z.B. Berufsbildungswerke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkstätten, geschützte Arbeitsplätze, Einrichtungen zur Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderkindergärten, Sonderschulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justizvollzugsanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5.3 Arbeiten Sie aktiv in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit?

☐ Ja
☐ Nein

- 5.4 Arbeiten Sie aktiv im Gemeindepsychiatrischen Verbund mit?

☐ Ja
☐ Nein

- 5.5 Welche Bedingungen erschweren die Zusammenarbeit mit anderen psychiatrischen Einrichtungen?

- 5.6 Welche Bedingungen erleichtern die Zusammenarbeit mit anderen psychiatrischen Einrichtungen?

6. FRAGEN ZUR PERSÖNLICHEN BEDARFSEINSCHÄTZUNG

6.1 Bitte geben Sie die **fünf** komplementären Versorgungsangebote an, für die in Ihrer Region Ihrer Meinung nach der Bedarf größer ist als das derzeitige Angebot. Bringen Sie diese Versorgungsangebote in eine Rangfolge, indem Sie ihnen die Zahlen von 1 bis 5 zuordnen.

1 = komplementäres Versorgungsangebot, für welches das Missverhältnis zwischen Bedarf und Angebot am größten ist

2 = komplementäres Versorgungsangebot, für welches das Missverhältnis zwischen Bedarf und Angebot am zweitgrößten ist

etc.

Versorgungsangebote	Rangfolge
Sozialpsychiatrische Dienste	
Gerontopsychiatrische Dienste	
Psychosoziale Suchtberatungsstellen	
Beratungsstellen für Personen mit Essstörungen	
Beratungsstellen für Personen mit sonstigen psychischen Erkrankungen	
Tagesstätten mit Arbeitsangebot	
Tagesstätten ohne Arbeitsangebot	
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen	
Zuverdienstplätze	
Werkstätten für behinderte Menschen	
Integrationsfirmen	
Psychiatrische Familienpflege	
Betreutes Einzelwohnen für Personen mit Suchterkrankungen	
Betreutes Einzelwohnen für Personen mit sonstigen psychischen Erkrankungen	
Betreutes Einzelwohnen für Personen mit forensischem Hintergrund	
Wohngruppen für Personen mit Suchterkrankungen	
Wohngruppen für Personen mit sonstigen psychischen Erkrankungen	
Wohngruppen für Personen mit forensischem Hintergrund	
Wohn- und Pflegeheime für Personen mit Suchterkrankungen	
Wohn- und Pflegeheime für Personen mit sonstigen psychischen Erkrankungen	
Wohn- und Pflegeheime mit beschützten Plätzen	
Sonstige: _____	

- 6.2 Bitte geben Sie die **fünf** Klientengruppen an, die in Ihrer Region Ihrer Meinung nach derzeit unterversorgt sind. Bringen Sie diese Klientengruppen in eine Rangfolge, indem Sie ihnen die Zahlen von 1 bis 5 zuordnen.

1 = die am schlechtesten versorgte Klientengruppe
 2 = die am zweitschlechtesten versorgte Klientengruppe
 etc.

Klientengruppe	Rangfolge
Kinder/Jugendliche < 18 Jahre	
Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren	
Erwachsene > 64 Jahre	
Frauen	
Männer	
Personen, die kein/wenig Deutsch sprechen	
Pflegebedürftige Personen	
Personen mit Demenz	
Personen mit manifester Alkoholabhängigkeit	
Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen	
Akut psychotische Personen	
Personen mit Schizophrenie	
Personen mit depressiver Störung	
Personen mit Angst-/Zwangsstörung	
Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung	
Personen mit Essstörung	
Personen mit Persönlichkeitsstörung	
Personen mit Intelligenzminderung	
Suizidale Personen	
Fremdgefährliche Personen	
Personen mit forensischer Vorgeschichte	
Obdachlose Personen mit psychischer Erkrankung	
Personen mit nicht-psychiatrischen Lebensproblemen	
Sonstige: _____	

7. ALLGEMEINE FRAGEN

- 7.1 Hält Ihre Einrichtung neben dem anhand dieses Fragebogens erfassten weitere Versorgungsangebote für psychisch kranke oder behinderte Menschen vor?

☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche?

- 7.2 Sehen Sie bezüglich der Arbeit Ihrer Einrichtung mit psychisch kranken Menschen wesentliche Schwierigkeiten oder Behinderungen?

☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche?

- 7.3 Raum für Anmerkungen und Empfehlungen hinsichtlich der Versorgung psychisch kranker Menschen in Ihrer Region
-

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie über Unterlagen zu Ihrer Einrichtung (z.B. Jahresberichte) verfügen, können Sie diese gerne beilegen.

5.5 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt an erster Stelle Herrn PD Dr. B. Langguth, für die Übernahme der Betreuung und die wertvolle Unterstützung, ohne die die Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ich möchte mich auch ganz herzlich bei Tanja Gockel bedanken, für die Unterstützung bei der Datenerhebung, der Auswertung und für ein stets offenes Ohr für einen inhaltlichen Austausch.

Vielen Dank auch an die anderen Mädels der ehemaligen Arbeitsgruppe Versorgungsforschung, die immer wieder geduldig meine schlechte Laune ertragen und mich zum Weitermachen motiviert haben, wenn gerade mal nichts vorwärtszugehen schien.

In gleicher Weise gilt mein Dank auch Peter Kreuzer, für die unzähligen motivierenden Unterhaltungen bei exzellentem italienischem Espresso.

Bei Anna Magin möchte ich mich bedanken für die Bereitstellung wichtiger Informationsmaterialien, für wertvolle Tipps und Ratschläge, und die motivierenden Worte und das große Interesse an meiner Arbeit.

Ich bedanke mich bei meinen Eltern ohne deren Rückhalt mein Studium und damit diese Arbeit nicht realisierbar gewesen wären.

Schließlich möchte ich mich bei meinem Mann Florian und meinem Sohn Philipp bedanken, die zu manchem Zeitpunkt viel Rücksicht nehmen mussten und die familiären Interessen ohne Klagen hinter die Fertigstellung dieser Arbeit gestellt haben.
